



**HAL**  
open science

# Étude de l'activité dans un service d'aide à domicile : l'appui par une démarche de formation-action

Pascal Girardot

► **To cite this version:**

Pascal Girardot. Étude de l'activité dans un service d'aide à domicile : l'appui par une démarche de formation-action. Sciences de l'Homme et Société. 2013. dumas-01232506

**HAL Id: dumas-01232506**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01232506>**

Submitted on 14 Dec 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

*CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET METIERS*

Mémoire de Master en Sciences du Travail et de la  
Société

Spécialité professionnelle, mention Ergonomie

ETUDE DE L'ACTIVITE DANS UN SERVICE D'AIDE A DOMICILE  
L'APPUI PAR UNE DEMARCHE DE FORMATION-ACTION

Septembre 2013

Pascal Girardot

## REMERCIEMENTS

---

En préalable à cet exposé, je tiens à remercier tout ceux qui m'ont permis d'arriver jusque là. En premier lieu, mes remerciements vont à l'équipe du SAAD de Villeparisis, à la responsable du service, l'encadrement et au groupe de travail qui ont su se prêter, d'abord avec espoir, puis avec inquiétude et finalement avec confiance, à cette démarche construite sur mesure avec eux ; et aux agents qui ont accepté de se livrer et de confier parfois le plus intime de leur quotidien professionnel au risque de se mettre en difficulté vis-à-vis de leurs collègues ou de leur hiérarchie. Ils vont également à Monsieur le Maire de Villeparisis et ses adjoints, soutiens continus de la démarche, et à la Directrice du CCAS qui a contribué à la porter de l'initiative de départ jusqu'aux transformations mises en œuvre.

Ce mémoire vient marquer une étape dans mon lien avec la chaire d'ergonomie au Conservatoire National des Arts et Métiers, que je fréquente depuis longtemps. Je profite donc de celui-ci pour exprimer ma gratitude aux enseignants qui m'y ont accompagné, et en particulier le Pr Pierre Falzon, Flore Barcellini, Tahar Hakim Benchekroun, Pascal Béguin, Françoise Darses, Bernard Denoeud, Georges Lantin, Antoine Laville, Jacques Leplat, Michel Millanvoye, Michel Raquillet, Laurent Van Belleghem. Le 41 rue Gay-Lussac a été, et reste pour moi un lieu de belles rencontres parmi les enseignants chercheurs et parmi les autres auditeurs.

Il vient également marquer une étape dans ma carrière d'ergonome qui s'est principalement construite au sein du cabinet Ergonalliance, dans le cadre duquel j'ai réalisé cette intervention. Je dois beaucoup aux collègues avec qui cette aventure s'est construite, et notamment Olivier Raquin, Julien Andréoli et Justine Forrierre.

Je sais aussi l'importance du soutien de mes proches, depuis mes débuts au CNAM, la formation a largement pris sa place dans le temps familial, merci à eux de m'avoir supporté dans cette démarche.

Pascal Girardot

## Sommaire

1. INTRODUCTION.....	4
2. OBJET DE L'INTERVENTION ET CONTEXTE .....	5
2.1. La demande initiale .....	5
2.2. Le SAAD de Villeparisis .....	6
3. LA PROPOSITION D'INTERVENTION .....	7
3.1. Un format en lien avec les particularités du service et les attentes du financeur .....	7
3.2. Éléments théoriques et choix méthodologiques .....	8
3.3. Les objectifs de l'intervention proposée.....	11
3.4. Les instances mises en place .....	11
4. LE DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION .....	13
4.1. Les temps de travail collectif.....	13
4.2. Les observations et entretiens.....	15
5. LE TRAVAIL AU SAAD, LES PREMIERS ÉLÉMENTS .....	16
5.1. La population au travail, données RH et indicateurs de santé.....	16
5.2. Les bénéficiaires : usagers ou partenaires ?.....	22
5.3. L'organisation du travail .....	25
5.4. Des premiers éléments vers l'analyse de l'activité.....	34
6. LE TRAVAIL RÉEL : ANALYSE DE L'ACTIVITÉ .....	35
6.1. Des contraintes physiques objectives .....	36
6.2. Mais des savoir-faire de prudence mobilisés.....	44
6.3. Compétences mobilisées et compétences attendues : écart ou syncrétisme ? .....	46
6.4. La pression du temps et les stratégies de régulation mises en place .....	51
6.5. Des conflits de représentations, et donc d'objectifs : la question de l'identité professionnelle.....	56
6.6. Analyse de « l'activité » de l'organisation .....	57
7. SYNTHÈSE ET DIAGNOSTIC .....	63
8. PISTES D' ACTIONS DE TRANSFORMATIONS .....	64
9. CONCLUSION .....	66



## PARTIE RÉFLEXIVE

Introduction .....	68
La formation-action et l'ergonomie, un lien historique et une actualité.....	68
La formation-action dans l'intervention ergonomique .....	71
Une tension méthodologique .....	73
Des questions de posture .....	74
Conclusion .....	75
BIBLIOGRAPHIE .....	76
ANNEXES .....	78

# 1. INTRODUCTION

L'intervention présentée dans ce mémoire a été réalisée dans le cadre de nos missions au sein du cabinet Ergonalliance de novembre 2012 à la fin juin 2013. Le cabinet a été retenu à la suite d'un appel d'offres en marché adapté lancé par le CCAS de Villeparisis pour le Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile en lien avec le Conseil Général de Seine et Marne, principal financeur du projet.

Ce travail qui porte sur différents champs de ce que les demandeurs nommaient « pénibilité au travail », nous semble par bien des aspects un « classique »<sup>1</sup> de notre métier de consultant, mais également et, peut être paradoxalement, une originalité dans sa conduite. En effet, la démarche engagée, centrée sur une méthodologie itérative alliant analyse ergonomique du travail (AET) et processus de « formation – action », constitue probablement, et nous développerons cette idée dans ce mémoire, le facteur déterminant du processus de changement que nous avons observé au sein de cet établissement. Pouvoir, agir, pouvoir débattre, pouvoir penser le travail<sup>2</sup>, mais aussi la représentation des problématiques de santé, a, selon nous, ouvert la perspective des responsables et des acteurs du SAAD en orientant leur regard d'une problématique centrée sur la prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) à une démarche plus globale, orientée « qualité de vie au travail ».

Au delà de la démarche adoptée pour instruire cette demande, cette intervention trouve sa particularité dans ce qui se joue au sein même de l'activité des agents du SAAD. L'étude du travail dans le secteur de l'aide à domicile s'inscrit dans le cadre général des études sur la relation de service, mais présente néanmoins une nature particulière.

D'une part, celle-ci se déroule dans la sphère privée des bénéficiaires du service, augmentant encore la grande diversité de faisceaux de prescription auxquels les agents doivent faire face ainsi que les éléments déterminant leur activité. Des stratégies de régulation plus ou moins efficaces sont mises en place, sur lesquels les acteurs de la prévention ont finalement peu de prise et que nous avons tenté de mettre en perspective.

D'autre part, elle fait appel à des compétences socio-relationnelles en lien avec son inscription dans le cadre d'une relation d'aide plus qu'une « simple » relation de service. C'est dans cette nuance entre relation d'aide et relation de service que vont se jouer nombre de tensions sur l'activité mais également se construire l'identité professionnelle des agents.

Par ailleurs, la particularité du terrain d'étude amenait des contraintes pesant sur l'analyse de l'activité et en particulier les difficultés, organisationnelles et éthiques, pour avoir accès aux situations de travail et à la grande variabilité de celles-ci. Comme dans toutes les interventions en ergonomie, ces particularités ont contribué aux choix orientant la méthodologie initialement envisagée et ses évolutions. Sans perdre de vue le plaisir de parvenir à transformer le travail, l'intérêt du métier d'ergonome repose largement sur la construction de la manière d'y parvenir, toujours originale, mais largement outillée par les travaux antérieurs.

---

<sup>1</sup> Nous utilisons ici le terme « classique » sans prétention de définition exhaustive, mais en se référant aux écrits de la profession, notamment Guérin *et al.* (2001) ou de Falzon *et al.* (2004). Notons également, comme peuvent le décrire Van Belleghem & Bourgeois (2003), que ces interventions « classiques » pour le cabinet ne le sont sans doute pas tout à fait du point de vue académique, ce qui sera en partie l'objet de ce mémoire.

<sup>2</sup> Cf. Daniellou *et al.* (1998)

## 2. OBJET DE L'INTERVENTION ET CONTEXTE

### 2.1. La demande initiale

Le Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) de Villeparisis est un des services sociaux dépendant du CCAS (Centre Communal d'Action Sociale). Il vient en aide à des bénéficiaires exclusivement situés sur le territoire communal pour des prestations permettant le maintien à domicile des personnes âgées, handicapées ou malades et relevant des compétences de l'Aide à Domicile.

La demande d'intervention qui émane du SAAD est portée par la directrice du CCAS, très investie dans le fonctionnement du service, et par la responsable du service, en poste depuis 3 ans.

Elle est motivée par une interrogation sur la **pénibilité physique du travail chez les Aides à Domicile (AD)**, en lien avec des remontées plus ou moins formelles de problèmes de santé, essentiellement d'ordre TMS, mises en lien avec le travail par les agents concernés. Sans être réellement nouveaux, ces problèmes de santé au travail sont plus volontiers évoqués par les AD avec l'actuelle direction que par le passé et deviennent davantage préoccupants du fait de l'avancement en âge de la population au travail et de l'augmentation de la répercussion sur l'aptitude, et sa reconnaissance médicale, des agents à exercer leurs missions.

Depuis plusieurs années, différentes actions de prévention ont déjà été mises en place, le plus souvent avec participation des agents, au niveau du service et par une mutualisation des moyens de prévention de la Ville. Mais les responsables se disent aujourd'hui dans « *la difficulté à voir comment aller plus loin* » et souhaitent intégrer au fonctionnement du service ce qu'ils nomment « *une culture de la prévention* ».

La demande nous est donc formulée de la manière suivante : « **aidez-nous à aller plus loin, et à y aller ensemble** », marquant ainsi :

- Le fait que le service a déjà travaillé la question, mûri une certaine réflexion sur les questions de prévention, opéré des changements et dispose donc de compétences (ou tout au moins d'une expérience) construites dans ses démarches antérieures... mais qu'il reconnaît ses limites pour avancer davantage,
- Qu'une dynamique de prévention préexiste et que l'objet de l'intervention serait plus d'outiller et de renforcer celle-ci que de « passer la main » à un intervenant extérieur,
- « Plus loin » signifiant « plus large », qu'il est souhaité par les demandeurs de passer du champ de la prévention des risques professionnels à celui de la santé au travail par l'étude des facteurs de ce qu'ils qualifient de « pénibilité et usure professionnelle »,
- Le souhait d'une approche de type « accompagnement », plutôt qu'une « expertise », assise sur une démarche réellement participative associant l'ensemble des agents, avec le but connexe d'une consolidation du collectif de travail,
- L'attente d'une aide à la réflexion sur l'avenir du service, du métier de l'aide à domicile et sur une démarche proactive et globale de prévention de la santé au travail.

Afin d'assurer le financement de l'intervention ergonomique, le SAAD a fait une demande de subvention au Conseil Général dans le cadre du Fond de Modernisation des Aides à Domicile (FMAD). Les critères d'attribution de ces subventions (ainsi qu'une estimation d'un montant maximum) nous ont été communiqués en même temps que la demande initiale. Ils portaient sur l'intérêt du projet et sur son orientation « qualité » (de la prestation), le travail en réseau et la notion de territoire. Le lien avec les objectifs du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), passé avec le CG, devait transparaître dans le projet ; et notamment avec les objectifs suivants :

- Lutter contre l'absentéisme,
- Réduire les AT par l'amélioration de la prévention,
- Maîtriser le coût horaire en continuant à améliorer la qualité du service rendu,
- Eviter les répétitions d'arrêt maladie par une aide à la réintégration des agents.

Les enjeux pour le service sont donc, outre l'enjeu de préservation des intervenantes et ses corollaires éthiques, sociaux et financiers, de s'engager dans une démarche permettant de remplir le contrat passé avec le CG et de conserver une image de « service pilote » que les responsables estiment avoir au sein du département.

## 2.2. Le SAAD de Villeparisis

Villeparisis est une commune de Seine et Marne (77) comptant 24500 habitants (dont environ 1300 de plus de 75 ans) et dont le territoire s'étend sur 8,5 km<sup>2</sup>.

Le service, agréé et autorisé par le Conseil Général<sup>3</sup>, travaille en étroite relation avec d'autres services dépendant du CCAS : le service de portage de repas à domicile, une résidence (foyer-logement) d'accueil des séniors et les services sociaux. Par ailleurs des partenariats solides sont noués avec un SSIAD (Service de Soins Infirmiers À Domicile) associatif du département pour les interventions conjointes.

Le SAAD compte 30 agents (titulaires ou contractuels et une équipe administrative de 4 personnes et dispose d'un budget de fonctionnement d'un peu moins d'un million d'Euros provenant de la facturation des prestations et d'une subvention d'équilibre versée par la Ville (CCAS) pour environ 20 % de son budget. L'équilibre peine à être atteint, le service dispose de marges de manœuvre financières très étroites.

L'intervention s'inscrit dans un contexte économique où le secteur d'activité, potentiellement porteur, traverse pourtant une crise grave depuis 2009 (voir Annexe 10).

L'équipe administrative montre une relative polyvalence sur certains points, la responsable du service est fortement épaulée par la directrice de CCAS, très présente auprès du SAAD (cf. fig.1).

Enfin, signalons que les agents ont été formés au métier pour la plupart en interne, formation menant pour beaucoup à un DEAVS<sup>4</sup> obtenu en VAE<sup>5</sup> ou recrutés déjà diplômés pour quelques uns.

---

<sup>3</sup> Le principe « d'autorisation » signifie un statut juridique particulier. Dans ce cadre, c'est le CG (et la CNAV) qui définit pluri-annuellement le taux horaire et donc le tarif des prestations facturables.

<sup>4</sup> DEAVS : Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale

<sup>5</sup> VAE : Validation des Acquis de l'Expérience (formation professionnelle continue)

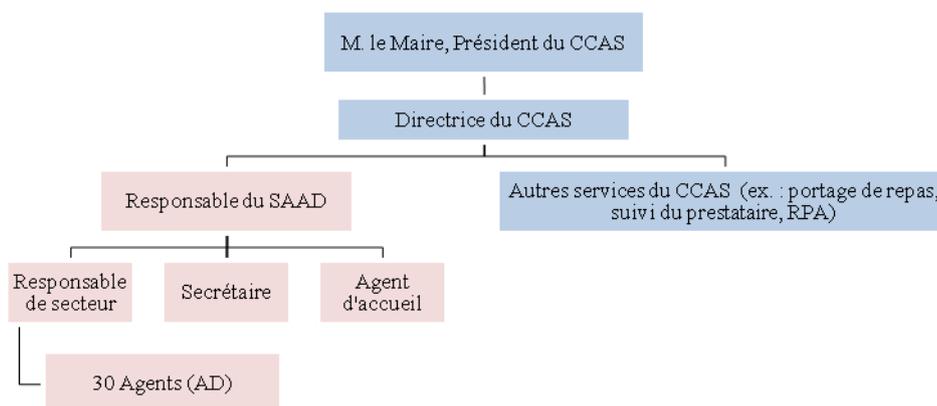


Figure 1 : Organigramme du CCAS-SAAD

Les responsables disent en entretien ressentir le CCAS et le SAAD en particulier comme fortement soutenus par l'équipe municipale en place qui en fait un point fort de sa politique sociale. La préoccupation sur la santé des agents du SAAD est partagée de manière manifeste, y compris lors de l'intervention, par le Maire et son Adjointe en charge des questions sociales. Par ailleurs, cette expérience de sollicitation d'un ergonome, nouvelle dans la collectivité, est attendue par les autres directeurs, plusieurs services de la Ville se disant exposés à des problématiques semblables.

### 3. LA PROPOSITION D'INTERVENTION

#### 3.1. Un format en lien avec les particularités du service et les attentes du financeur

La proposition commerciale d'intervention (et le format proposé) en réponse à la demande a donc été orientée par les éléments de contexte :

- Un service déjà engagé dans une démarche de prévention,
- Des décideurs convaincus du bien-fondé d'une démarche participative et acceptant de prendre le risque d'un regard sur le travail,
- Une dynamique appelée à concerner d'autres instances (Ville et différents acteurs du « réseau » de l'aide à domicile),
- Les critères d'attribution de la subvention de financement (la proposition étant intégrée au dossier de demande),
- Un déroulement d'intervention figé par la proposition initiale, celle-ci servant de base de calcul pour l'ensemble des coûts (intervenant et dégagement des effectifs pour les différents temps participatifs) déterminant le montant de la subvention, elle-même plafonnée.

Un volume de 19 jours d'intervention a été prévu dans la proposition.

Par ailleurs, le SAAD s'est inscrit très récemment dans une entreprise de mise en conformité règlementaire (aux lois de 2002<sup>6</sup> et de 2005<sup>7</sup> s'imposant aux services d'action sociale et médico-sociale) exigeant notamment une démarche d'évaluation de son activité

<sup>6</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>7</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

(fonctionnement, gestion, organisation, prestations,...) en deux temps : évaluation interne puis externe (prévues au SAAD en 2013 puis 2017). Nous avons donc proposé que les résultats de l'intervention puissent également être utilisés dans la démarche d'amélioration continue imposée par cette mise en conformité.

### 3.2. Éléments théoriques et choix méthodologiques

Compte tenu de la nature des plaintes exprimées par les agents et des motifs de restrictions d'aptitude, la demande est nettement orientée sur une problématique TMS, elle-même inscrite dans des représentations classiquement centrées sur les contraintes biomécaniques.

On connaît depuis longtemps en ergonomie la dimension plurifactorielle du risque de TMS (Bourgeois *et al.*, 2000) et l'encadrement du service apparaît sensible à cette dimension et ouvert à une approche plus globale des situations de travail.

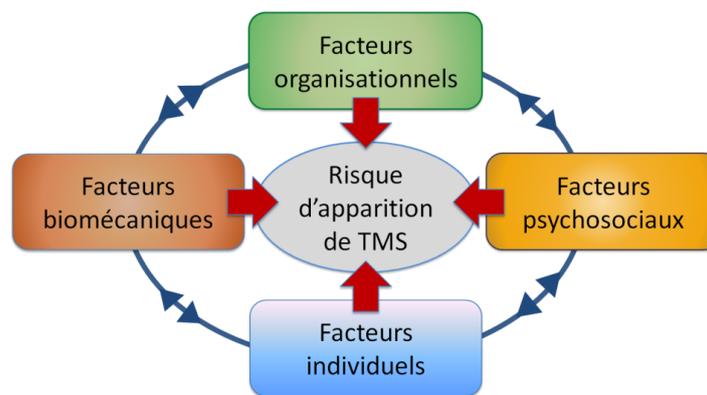


Figure 2 : Plurifactorialité du risque de TMS

Lors de l'analyse de la demande, les demandeurs se sont dits prêts à « s'exposer » dans une remise en question de l'organisation du travail actuelle selon cette lecture.

De nombreux écrits en ergonomie et d'autres disciplines (Avril, Cloutier, David, Falzon, Gagnon, Leboucher, Leduc, Teiger, Valléry, Van de Weerd, ...) ont porté sur l'activité des AD. Les facteurs biomécaniques de risque de TMS y sont le plus souvent évoqués, même si l'aspect « métier de contact » (Avril, 2006) pourrait inviter à orienter les études sur ses aspects relationnels. Toutefois une démarche de prévention se contentant de répondre à une demande centrée sur les contraintes physiques de travail serait évidemment réductrice. Elle serait également sans doute peu féconde tant les facteurs de ces risques sont déterminés par les situations de travail et leur importante variabilité (inhérente au travail à domicile). Le fait de ne pas, ou peu, avoir la main sur ces déterminants laisse souvent, comme c'est le cas à Villeparisis, le sentiment d'une limitation dans les possibilités d'agir en prévention sur le plan collectif par une approche centrée sur ces seuls facteurs biomécaniques. Il paraît donc important d'ouvrir également d'autres portes et de permettre aux acteurs internes, comme F. Daniellou nous y invite, à « pouvoir penser » les situations autrement.

Cette grande variabilité des situations de travail qui impose aux opérateurs de constantes régulations est une des composantes des relations de service en général. De plus, dans le travail

des intervenants à domicile l'activité nécessite la coopération de l'usager et installe celui-ci comme co-prescripteur des situations de travail (voir ch.5.2). Par ailleurs, la diversité des *sujets*, les AD du service (caractéristiques, parcours professionnels, expériences, statuts,...), invite à penser l'activité dans sa fonction intégratrice et envisager la mise en lumière des mécanismes de double régulation (Guérin *et al.*, 1997, p 100) afin de faciliter la compréhension de l'activité.

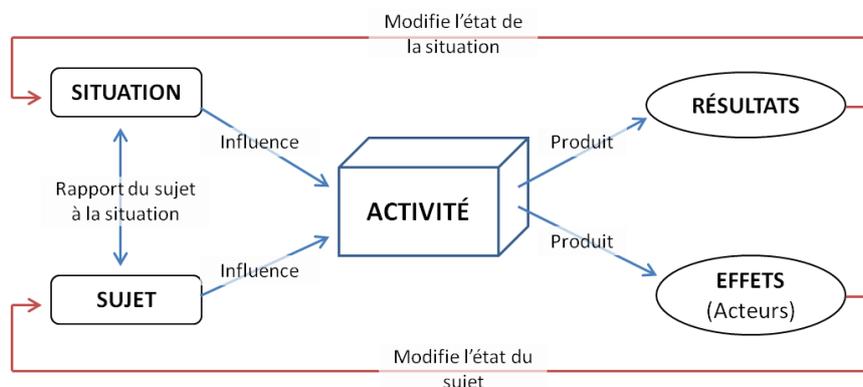


Figure 3 : Double régulation de l'activité du sujet par les propriétés de la situation et les caractéristiques du sujet (d'après Leplat, 1997)

D'emblée apparaît l'importance des « régulations chaudes » (cf. figure 4), comme constituantes du métier. La première *compétence* mise en avant par l'encadrement comme par les AD est de « savoir s'adapter ».

« Les outils et les situations sont très différents mais je m'adapte à ce que je trouve, on m'a tellement dit dans ma formation (d'AVS) qu'il fallait faire avec ce qu'on trouve et ne pas trop demander » ; « ça m'arrive souvent de venir pour faire certaines choses (prestations prescrites) et finalement de faire tout à fait autre chose parce que j'ai pensé que c'était plus important » ; « un problème qu'on a avec certaines collègues, c'est qu'on ne réagit pas toutes de la même manière quand il se passe quelque chose, des fois je ne les comprends pas et c'est difficile de travailler ensemble ».

Extraits d'entretien avec les AD lors des temps collectifs

Un des objectifs sera donc de faire émerger ces régulations chaudes et les règles autonomes (construites par les AD, informelles) afin de pouvoir les mettre en débat dans des espaces de régulation froide.

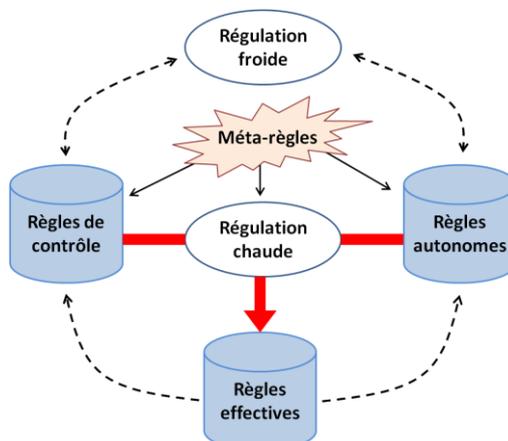


Figure 4 : Les circuits de régulations chaudes et froides (d'après De Terssac)

Du fait de ces éléments théoriques et de la réalité du SAAD (représentations exprimées, modes de fonctionnement, de communications et de coopérations, éléments perçus de l'activité), il nous est apparu nécessaire d'élargir le champ de représentations des acteurs internes (encadrement et agents), d'une part, sur la plurifactorialité du risque de TMS et la multiplicité des déterminants de l'activité physique, et, d'autre part, sur l'activité et les notions d'écart prescrit-réel et de régulations. La partie pédagogique de l'intervention visant l'inscription dans une démarche de prévention durable des TMS reprenant certains des axes dégagés par le collectif de recherche-action coordonné par F. Daniellou pour la Direction Générale du Travail (Daniellou *et al.*, 2008) dont la connaissance du phénomène TMS.

En lien avec les éléments énoncés précédemment, et avec la particularité des relations de service intégrant l'usager-bénéficiaire dans les représentations de l'activité, il nous sera nécessaire d'explorer les 4 pôles de l'activité (Caroly et Weill-Fassina, 2004), les interactions et les équilibres entre ces pôles.

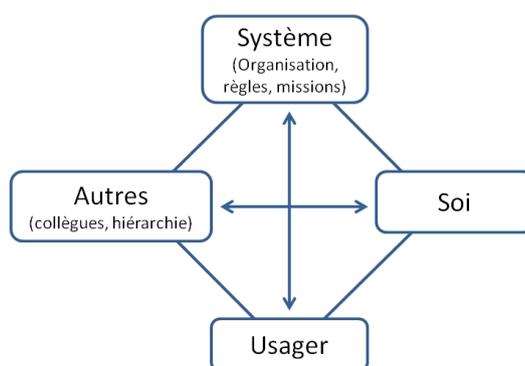


Figure 5 : les 4 pôles de l'activité en relation de service (Caroly et Weill-Fassina, 2004)

Plusieurs contraintes s'imposaient à nous pour cette intervention :

- La multiplicité des situations de travail (200 bénéficiaires, autant de situations singulières d'activité pour les AD) et la difficulté de disposer de critères permettant de constituer un échantillonnage pertinent.
- Les observations de l'activité chez les bénéficiaires ne se feraient qu'avec leur accord préalable (ainsi qu'avec celui des AD), accord générant une incertitude quant au nombre de situations observables et à l'organisation de ces observations.

De plus, nos choix ont été orientés par des éléments du contexte, de la demande et notamment celui d'impliquer (au-delà d'une simple restitution collective) l'ensemble du personnel. L'attente principale des demandeurs portant sur la contribution à une mise en dynamique de la prévention, plus que sur la production d'un diagnostic.

Nous nous sommes donc orientés vers la proposition d'une intervention de type formation-action en lien avec la conduite de projet (Daniellou *et al.*, 2008, p.71), dans le sens de ce que C. Martin appelle également « formation-action-projet » (Daniellou et Martin, 2013, p.224). Celle-ci nous paraissait permettre d'œuvrer avec les acteurs internes, d'une part pour recueillir les éléments de l'activité, de régulations autonomes et construire le diagnostic, dans une configuration d'intervention où les observations de terrain seraient forcément limitées. D'autre part, elle semblait permettre également d'associer ces acteurs dans le processus de construction

des pistes d'actions afin de les mettre en capacité d'élargir et de poursuivre la démarche, après le départ de l'ergonome, notamment dans la mise en débat des règles et des pratiques.

Il était donc nécessaire de mettre en place différentes instances d'acteurs répondant aux objectifs envisagés.

### 3.3. Les objectifs de l'intervention proposée

La proposition d'intervention mentionne **deux objectifs principaux** :

- Augmenter les connaissances des acteurs sur l'activité réelle de travail, la compréhension fine des risques et l'analyse des situations de travail : alimenter ces connaissances sur les contraintes et les ressources du travail réel des agents du service, renforcer les compétences des acteurs dans le traitement des informations recueillies,
- Professionnaliser les acteurs internes sur les questions de santé et sécurité au travail et soutenir leurs compétences pour une démarche globale de prévention : formation sur la problématique des TMS, mise en place d'outils adaptés et gestion de ces outils, développement/consolidation des liens avec d'autres acteurs ressources, etc.

Ces objectifs se traduisent alors par une démarche à double orientation :

- L'analyse ergonomique du travail des agents,
- Un accompagnement de type formation-action des acteurs internes.

### 3.4. Les instances mises en place

Nous avons proposé dans cette optique la mise en œuvre de 3 types d'instances : un comité de pilotage, un groupe de travail et enfin 4 sous-groupes réunissant l'ensemble des AD.

**Le comité de pilotage**, outre sa fonction classique de pilotage du projet (validation de la proposition, des financements, diffusion de l'information, engagement de la collectivité dans les pistes de transformations,...), a pour vocation de renforcer le lien entre différents partenaires autour de la question du travail des AD en les invitant à l'échange sur celle-ci. L'animation envisagée a également pour but de « donner envie » à ces partenaires de s'engager dans un projet de prévention semblable (au sein de la Ville, via notamment le CHSCT, l'encadrement « Ville » et élus ; mais aussi hors Ville, via l'UNA et la MPP) et ainsi « d'essaimer » la démarche, par l'intermédiaire des acteurs du SAAD, et de faire le pont avec d'autres métiers de la Ville ou d'autres services d'aide à domicile.

**Le groupe de travail** a été la cheville ouvrière de la démarche, en plus de son rôle dans la co-construction des éléments du diagnostic et des pistes d'action. Il a eu, dès le départ, vocation à devenir une instance pérenne d'acteurs internes en charge des questions de prévention. Il a donc été la principale cible de la démarche de formation-action<sup>8</sup>. À l'issue de l'intervention,

---

<sup>8</sup> Certains passages de ce document sont destinés à illustrer par des exemples l'approche pédagogique utilisée avec le groupe de travail. Ils sont signalés par une ligne ondulée sur le bord gauche des paragraphes concernés.

chaque AD participante a été questionnée sur son souhait de poursuivre la démarche par une implication dans le « groupe prévention » à venir.

Les AD qui le composent ont été choisies par la responsable de service parmi des volontaires, représentatives de la population au travail, en cherchant une répartition équitable entre statuts (titulaires – contractuelles) et entre niveaux d'expérience professionnelle. Hormis ces critères, nous n'avons pas défini de pré-requis particulier pour ces participantes, ce qui, on le verra, aura peut-être compliqué leur implication.

**L'ensemble des AD** a été réparti en 4 groupes équivalents, chacun comprenant une AD du groupe de travail.

La division en sous-groupes de l'ensemble du collectif a eu vocation à faciliter les échanges et permettre la continuité de l'activité pendant les temps de rencontre.

Chaque groupe est resté stable entre les deux temps de rencontre envisagés. Afin de pouvoir constituer les plannings et assurer l'information des bénéficiaires, les dates de ces temps collectifs ont été arrêtées longtemps à l'avance.

Initialement, nous avons envisagé que l'AD du groupe de travail co-anime avec l'ergonome le temps collectif, cet objectif n'a pas vraiment pu être tenu.

Au fil de l'intervention, s'est avérée la nécessité de créer un **sous-groupe de travail « encadrement »** afin d'aborder plus spécifiquement des problématiques relatives au management de la prévention et aux outils de gestion. Le travail avec l'encadrement a permis de s'intéresser à l'activité des organisateurs du travail, mais cet aspect ne sera pas développé dans ce document si ce n'est à travers les effets de cette activité sur celle des AD.

Enfin, signalons que les instances de représentation du personnel sont rapidement apparues comme faisant peu ressource pour l'intervention, le SAAD ne comptant aucun représentant au CHSCT ni au CTP et aucun DP dans ses effectifs. Les questions de conditions de travail des agents du SAAD sont donc méconnues des IRP et très peu abordées en réunions. Deux membres du CHSCT ont cependant été associés à la démarche par leur participation au Comité de Pilotage.

## 4. LE DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION

### 4.1. Les temps de travail collectif

Les temps de rencontre de ces instances d'acteurs ont donc marqué les étapes de la démarche comme nous le montre la figure 6 ci-dessous.

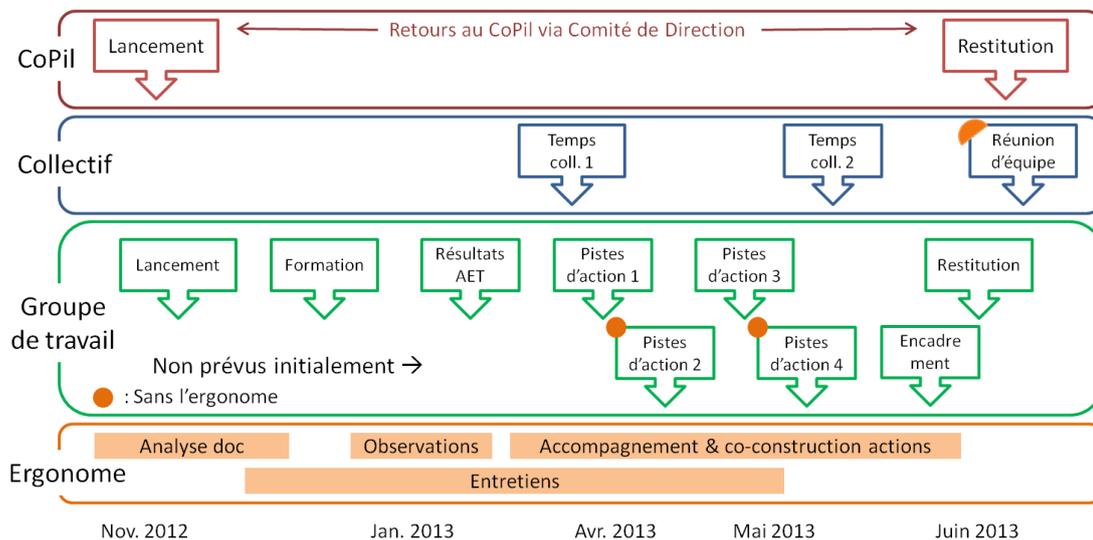


Figure 6 : Déroulement global de la démarche

Le **comité de pilotage** a été réuni à deux reprises au début et à la fin de l'intervention :

- Réunion de lancement : éléments de connaissances sur la problématique TMS et l'activité de travail ; présentation et validation du déroulement de la démarche, de la méthodologie envisagée et des objectifs poursuivis.
- Réunion de restitution : présentation des résultats de l'analyse de l'activité, des dilemmes rencontrés (impliquant le champ de décision du « politique ») et des pistes de transformations envisagées.

Les membres du comité de pilotage et en particulier le comité de direction de la collectivité, maître d'ouvrage, ont été régulièrement informés de l'avancement de la démarche par la directrice du CCAS nourrissant au fil de l'intervention un lien maîtrise d'ouvrage - maîtrise d'œuvre (Daniellou *et al.*, 2008 p 90). Cette dernière a également fait le lien avec les IRP et le réseau UNA.

Pour le **groupe de travail**, 6 rencontres formalisées, d'une demi-journée chacune, ont été réalisées :

- 1) Lancement : préparation de la démarche, des observations et entretiens ; validation de la mission confiée au groupe de travail. Premiers échanges sur l'activité.
- 2) Formation sur les problématiques de santé au travail, la spécificité des TMS et quelques notions d'ergonomie (écart prescrit-réel, variabilité et régulations).
- 3) Echanges sur les premiers éléments d'analyse (pré-diagnostic) présentés par l'ergonome à l'issue de l'analyse documentaire, des premiers entretiens et des premières observations de terrain. Ces échanges ont été animés à partir d'un travail collectif sur

les déterminants de l'activité physique puis de la classification et caractérisation de ces déterminants. Ce travail interactif a permis l'élaboration des problématiques, en forme d'hypothèses de pré-diagnostic. Le groupe a également travaillé à la préparation des temps collectifs (grille d'entretien, animation,...).

- 4) Echanges sur les résultats des premiers temps collectifs, sur le traitement des remontées de terrain. Ces échanges ont été notamment animés à travers une réflexion sur les boucles de régulation et menant à la construction de celles-ci. Les hypothèses envisagées ont été réinterrogées pour validation. Ce faisant, les échanges ont amené un travail collectif sur les axes d'action.
- 5) Echanges sur les résultats des seconds temps collectifs, construction des pistes de transformation.
- 6) Restitution finale, en commun (et co-animation) avec le comité de pilotage.

Une difficulté, assez classique dans ce type de groupes de travail mais ici particulièrement résistante, est apparue lors des toutes premières rencontres du groupe de travail reposant sur la difficulté des AD participantes à s'inscrire dans une réflexion au service du collectif, s'installer dans une posture de compréhension du travail et prendre de la distance avec leurs propres pratiques. Une AD, plus jeune et depuis 2 ans dans le service, a été ajoutée à l'effectif à partir de la seconde rencontre pour équilibrer l'effectif et « bousculer » cette dynamique.

Pendant l'étude, il s'est avéré nécessaire de rajouter des rencontres du groupe de travail (entre les 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> réunions prévues ci-dessus) pour avancer sur les transformations. Nous avons souhaité que ces réunions supplémentaires (2 réunions) se fassent sans la présence de l'ergonome, pour faciliter l'autonomisation de ce groupe et que les éléments concrets de transformations émanent de ce groupe de travail « autonome ». Elles ont toutefois fait l'objet d'une « feuille de route » produite en amont par l'ergonome, orientant le groupe sur les questions à travailler. La responsable du service, animatrice de ces réunions, en restituait le contenu à l'ergonome les jours suivants.

Quant aux **temps collectifs**, rassemblant l'ensemble du personnel en 4 groupes, chaque sous-groupe a été réuni deux demi-journées :

- 1) Le premier temps a permis la confrontation avec les éléments recueillis lors des observations et des entretiens initiaux, pour valider, élargir et compléter ces premiers éléments.

Pour ce premier temps, une grille d'entretien collectif a été préconstruite à partir de travaux semblables menés par l'IRSST (Cloutier *et al.*, 2005), et revue avec le groupe de travail en amont ; les questions abordées portaient sur trois dimensions :

- Les contraintes, les exigences du travail, les ressources
- Les éléments de variabilité, les écarts entre prescrit et réel
- Les stratégies de régulation, comment « faire face » ?

- 2) Un second temps a permis de valider les éléments de diagnostic et travailler sur les pistes de transformation. Les réunions ont été animées en confrontant les groupes à certaines situations de travail spécifiques et à des pistes envisagées en groupe de travail.

Dans les deux temps, certaines situations de travail ont été envisagées sous la forme de « jeux de rôles », simulant la relation entre AD et bénéficiaire / sa famille et invitant les AD à verbaliser leurs comportements notamment dans le cadre de « situations critiques » résultant de conflits d'objectifs (Caroly et Weill-Fassin, 2004). L'ensemble des échanges a été enregistré par l'ergonome.

- 3) Enfin, une réunion d'équipe (tout le SAAD), d'une demi-journée, a été consacrée en partie à la restitution de l'intervention (résultats principaux et transformations) a été programmée en fin de démarche, l'intervenant « invité » à cette partie de la réunion.

**L'encadrement** (Directrice du CCAS, responsable de service et responsable de secteur) a été réuni plusieurs fois, de manière formalisée ou non, pour des entretiens collectifs et le compte-rendu des réunions du groupe de travail tenues en dehors de la présence de l'ergonome. Une réunion d'une demi-journée a également été positionnée en fin d'intervention pour travailler sur les outils de suivi et la concrétisation de pistes d'action concernant davantage le management.

## **4.2. Les observations et entretiens**

Différents entretiens individuels ont été menés avec la responsable du service, la responsable de secteur, l'AD en poste de « tutrice » et neuf AD.

Deux journées et demie ont été consacrées aux observations de terrain. Celles-ci ont concerné 8 AD différentes auprès de 12 bénéficiaires (13 heures d'intervention chez les bénéficiaires + entretiens d'auto-confrontation à chaud) en observations ouvertes puis systématiques. Comme évoqué plus haut, ces observations (la présence de l'ergonome aux côtés de l'AD) étaient naturellement soumises à l'accord du bénéficiaire (aucune réticence chez les AD). Malgré un travail de présentation de la démarche auprès des bénéficiaires (et de persuasion) mené en amont par la responsable de secteur, une large partie d'entre eux a refusé la présence d'un tiers extérieur. Ces refus ont eu pour conséquence l'impossibilité de mener des observations « en continu » (le suivi d'une AD sur une journée, ou même une demi-journée, entière sans interruption), alors même qu'apparaissait une problématique concernant la nécessaire régulation du temps par les AD à l'échelle de la journée, ni de choisir les interventions selon nos critères. Devant cette difficulté, d'autres temps d'observations initialement envisagés (1,5 jour) ont été convertis en temps d'entretiens et de groupe de travail.

Des observations plus spécifiques ont porté à la suite du pré-diagnostic sur :

- les contraintes physiques : postures, manutentions de charges et de personnes, les amplitudes articulaires sollicitées, les déplacements,
- les relations avec le bénéficiaire et la famille le cas échéant : communications, sollicitations, coopérations,

- les communications entre professionnelles (AD-AD ; AD-« Bureau<sup>9</sup> ») orales ou écrites (cahier de liaison),
- la gestion du temps par l'AD : à l'échelle de l'intervention (chronogrammes d'activité) et de la tournée (autant que faire se peut, cf. ci-dessus).

## 5. LE TRAVAIL AU SAAD, LES PREMIERS ÉLÉMENTS

### 5.1. La population au travail, données RH et indicateurs de santé

La population est, comme dans tout le secteur professionnel (Paradis, 2008), essentiellement féminine. Le SAAD de Villeparisis ne compte qu'un seul homme dans ses effectifs<sup>10</sup>.

#### 5.1.1. Ages et anciennetés

Contrairement au secteur du soin à domicile, le métier d'aide à domicile n'exige pas de qualification professionnelle, même si ces qualifications existent. Le métier d'aide à domicile, pour l'ensemble du secteur, est souvent rejoint en seconde partie de vie professionnelle, le SAAD ne fait pas exception : l'âge moyen y est de 50 ans (médiane : 49,5) et l'ancienneté moyenne (dans le service) de 9 années (médiane : 7,5). Celles qui ont intégré le service les plus jeunes avaient 28 ans à leur embauche.

Le graphique ci-dessous illustre, outre les pyramides d'âges et d'anciennetés, le décalage entre les 2 indices.

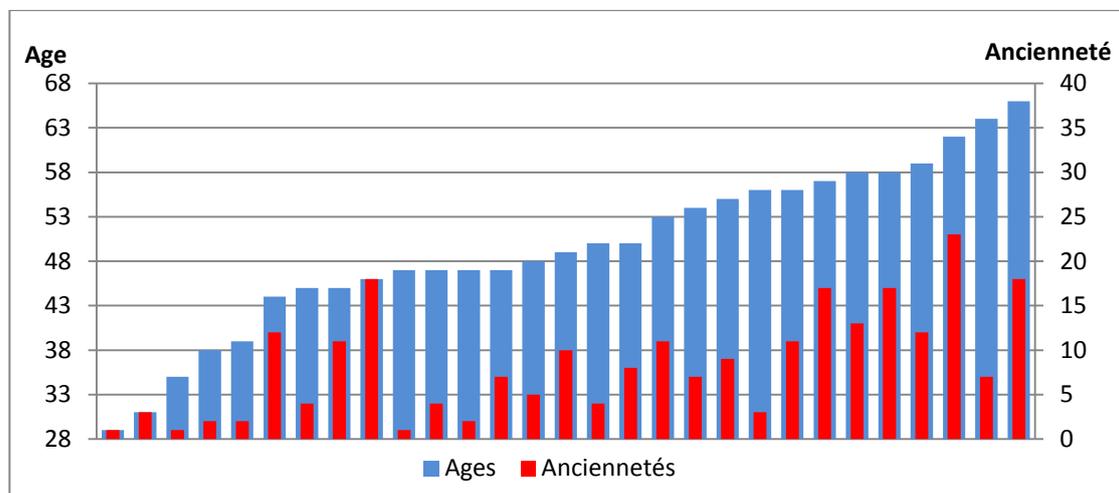


Figure 7 : Rapport entre les âges des AD et leurs années d'ancienneté

Illustration obtenue en croisant les âges et les années d'ancienneté, chaque valeur représente une AD ; pour faciliter la comparaison, l'échelle des âges (axe vertical gauche) débute à la valeur correspondant à l'âge le plus faible d'entrée dans le service (28 ans).

<sup>9</sup> Le « bureau » est le terme utilisé par les AD pour évoquer un lieu (la maison abritant les bureaux administratifs du service et une salle de réunion) et pour désigner la hiérarchie ou plus globalement « l'entité administrative » du SAAD. Il permet aussi de ne désigner personne en particulier.

<sup>10</sup> C'est la raison pour laquelle nous parlerons plus volontiers au féminin des AD dans cet écrit.

De nombreux travaux en ergonomie ont exploré le rapport entre l'âge et l'ancienneté d'un opérateur (Laville et Volkoff, 2004 ; Molinié, 2006). La prise d'âge et le vieillissement biologique amènent un déclin, notamment des capacités physiques, rendant l'exécution de tâches physiquement contraignantes plus coûteuse pour la santé de l'opérateur et la réduction des capacités de récupération. Mais on sait par ailleurs que ce coût peut être limité par des processus de compensation (Guérin *et al.*, p 83) reposant largement sur l'expérience de l'opérateur et les stratégies d'économie qu'il a pu / su mettre en place.

L'impact du vieillissement au travail sera donc le résultat d'un équilibre entre le déclin et l'expérience acquise permettant la mise en place de ces mécanismes de compensation ; la diminution des capacités physiques comme l'expérience acquise venant toutes deux modifier l'activité de l'opérateur au fil de sa vie professionnelle.

La prise d'âge entrainera assurément pour tous un déclin lié au vieillissement biologique (certes, plus ou moins rapide, complet, handicapant ; que les lecteurs les plus anciens se rassurent) et une expérience, mais cette dernière sera plus ou moins efficace dans l'élaboration de mécanismes de compensation selon la nature de cette expérience. En effet, des stratégies d'économie ou de préservation expérimentées dans des secteurs professionnels différents seront plus ou moins transférables dans un autre secteur d'activité.

Par ailleurs, l'activité elle-même selon les contraintes auxquelles l'opérateur est exposé et les ressources dont il dispose, aura un effet (cf. doubles régulations, figure 3) favorisant le déclin ou/et favorisant l'acquisition d'une expérience mobilisable en situation de travail jouant ainsi un rôle sur l'équilibre entre déclin et expérience.

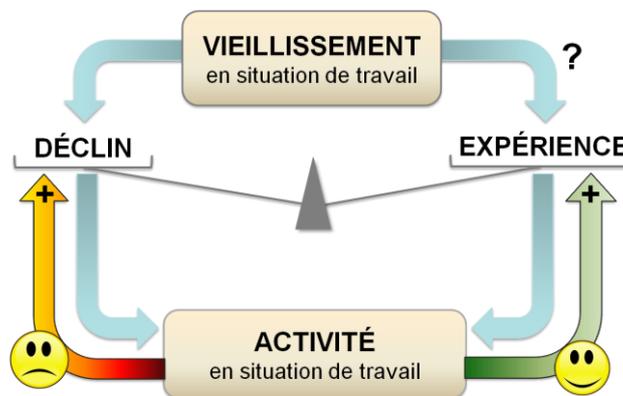


Figure 8 : Relations entre vieillissement et activité (Ergonalliance, adapté de Gaudart, 2000)

Dans les temps collectifs, les AD évoqueront les acquis de l'expérience comme un facteur de protection important notamment à l'égard de **situations nouvelles** (nouveaux bénéficiaires ou évolution de la situation chez un bénéficiaire connu).

Sur 29 AD, 2 n'ont jamais exercé d'autre métier qu'aide à domicile, elles ont toutes travaillé avant de rejoindre le SAAD. 12 d'entre elles ont exercé un métier proche ou présentant certaines compétences communes, dont on peut penser qu'elles soient aisément transférables (en résidence pour personnes âgées ou pour adultes handicapés, comme « dame de compagnie », comme employée de maison, une aide-soignante,...). Les autres ont exercé des métiers très divers, souvent ouvriers ou dans la restauration, la vente ; 5 d'entre elles exerçaient des fonctions de secrétariat ou d'agent administratif.

Un grand nombre d'entre elles évoque comme un des critères de choix du métier d'AD, le souhait d'un métier moins physiquement sollicitant que leur métier antérieur. Plusieurs d'entre elles évoquent également une entrée dans la fonction d'AD avec des signes de pathologies de type TMS qu'elles relient à leurs premiers métiers.

### 5.1.2. Un turn-over faible et un recrutement difficile

Le taux de rotation du personnel (turn-over), classiquement élevé dans le secteur professionnel est ici assez faible sur les 5 dernières années. On notera qu'une large partie des agents demeurent sur la commune ou les communes limitrophes.

Les recrutements sont aujourd'hui difficiles (peu de candidatures), ils concernent surtout sur des personnels en 2<sup>ème</sup> partie de carrière ou des femmes, qui commencent une activité professionnelle autour de 40 ans après avoir élevé leurs enfants, très peu de jeunes diplômées.

Le recrutement se fait de manière quasi-systématique au sein de personnels ayant déjà effectué des remplacements occasionnels. Le SAAD a constitué un pool de remplaçantes « régulières » (actuellement 5) parmi d'autres plus occasionnelles.

### 5.1.3. Les différents statuts et temps de travail

Trois statuts coexistent dans les effectifs :

- Deux statuts d'agents contractuels : les agents « horaires » et les « mensuels » dont les caractéristiques sont assez proches. Il est d'usage qu'on commence en tant qu'« horaire » pour devenir « mensuel » avant la titularisation. Les agents contractuels sont tenus à faire 20 heures d'intervention par semaine (temps de déplacements non compris), mais en font régulièrement davantage et sont rémunérés selon le temps effectué. Au-delà de 32h30 hebdomadaires, ils peuvent cumuler des heures supplémentaires et les récupérer en jours de repos. Ils représentent plus du tiers des effectifs. Leur temps de travail est entendu par l'organisation comme une variable d'ajustement de l'activité.
- Les titulaires : les agents (horaires et mensuels) peuvent être titularisés au bout de 3 ans d'exercice. Leur temps de travail est calculé sur une base de 32h30 d'intervention hebdomadaire (en temps plein). Le même système de cumul d'heures supplémentaires que pour les contractuels sert à compenser les semaines d'activité moindre jusqu'à un certain seuil (21 heures supplémentaires), elles sont payées ou récupérées au-delà. Un « forfait » de 4 heures hebdomadaires est ajouté pour prendre en compte les temps de déplacements (ce dispositif concerne également les agents non titulaires, pour qui l'indemnisation est calculée au prorata des heures effectuées et correspondant au maximum à 4 heures de travail).

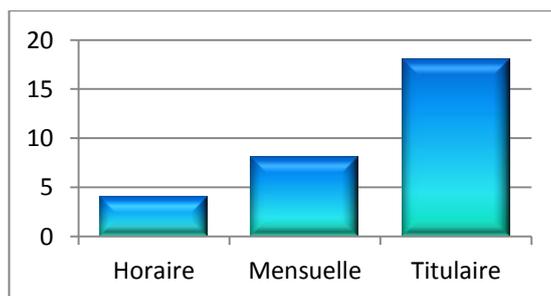


Figure 9 : Répartition par statut

Il apparaît clairement que l'organisation est construite autour d'une recherche de flexibilité en lien avec la forte variabilité du volume d'activité d'une semaine à l'autre, variabilité majoritairement imprévisible (hospitalisation ou retour à domicile après hospitalisation ; rendez-vous médicaux ; nouvelles prises en charge « urgentes » ; décès ; séjour en famille ; etc.) et avec la gestion de l'absentéisme des AD.

Cette quête de flexibilité vise également à répondre à un **dilemme** généré par deux injonctions du « politique » pouvant apparaître comme contradictoires : **pas de liste d'attente et pas de sureffectif**.

#### 5.1.4. La formation professionnelle continue

Dans le cadre d'une démarche de professionnalisation, trois types de formations qualifiantes sont proposées aux agents titulaires :

	Nb d'AD formées
Formation d'Assistant de Soins en Gériatrie (ASG, dite formation « Alzheimer »)	5
Formation « Fin de vie »	10
Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) en VAE	11

Sur l'ensemble des titulaires concernées, seules 3 ne se sont inscrites dans aucune de ces démarches de formation.

Par ailleurs, de nombreuses autres formations « métiers », plus courtes, sont proposées (le vieillissement, prévention de la maltraitance, de la dénutrition, soulager la douleur de la personne âgée,...), ainsi que des formations « sécurité » (sécurité incendie pour la plupart, premiers secours) et 5 AD ont suivi une formation « gestes & postures » sur les 2 dernières années (formation suivie en dehors d'un autre cursus de formation).

#### 5.1.5. L'état de santé des AD : accidentologie et absences pour maladie

Un seul **AT** a été déclaré en 2012 (5 en 2009, 3 en 2011). Cependant, en cas d'AT la déclaration par l'agent doit se faire auprès des services de la DRH (en Mairie), que les AD ont peu l'habitude de fréquenter, et non auprès du SAAD lui-même. Questionnés à ce sujet lors des temps collectifs, la majorité des AD ont rapporté avoir déjà été victime d'accidents dans le cadre du travail (sans arrêt directement lié) et en particulier lors des déplacements (chutes de plain-pied, chutes à vélo,...). Mais ces accidents, le plus souvent sans arrêt, n'ont pas été déclarés, notamment du fait de la « lourdeur » apparente du processus de déclaration et la perte de temps que cela pouvait représenter. La déclaration devant se faire dans les horaires d'ouverture de la Mairie, c'est-à-dire sur les horaires de travail, toutes disent ne pas souhaiter annuler (ou confier à un remplaçant) une visite auprès d'un bénéficiaire pour « faire de la paperasse ». Aucun dispositif de déclaration d'incidents ou d'accidents bénins n'est en place que ce soit au SAAD ou auprès de la DRH.

Le suivi médical des agents est délégué au Centre Départemental de Gestion. La MPP a émis un certain nombre d'avis de restrictions d'aptitude concernant certains agents. Ces restrictions

sont parfois précises, parfois moins claires (ne pas lever les coudes, pas se pencher en avant, pas de port de charges lourdes, de gestes répétitifs, pas d'aspirateur, pas de serpillière,...), des inaptitudes au poste (ou à tout poste) ont été déclarées (2 ?<sup>11</sup>). Les résultats de chaque convocation d'un agent sont donc attendus avec appréhension de la part de la responsable du SAAD compte tenu des tensions sur l'organisation compliquant la prise en compte de ces restrictions. Par ailleurs, certains agents, qu'on sait pourtant fragilisés ou en souffrance, reviennent de leur visite avec un avis d'aptitude sans restriction parce qu'ils n'ont pas souhaité y évoquer leurs problèmes de santé (les raisons de cette « omission » sont diverses, on peut y lire souvent une difficulté, ou un manque d'habitude, à verbaliser leurs difficultés professionnelles).<sup>12</sup>

**Les restrictions d'aptitude sont prises en compte** par les responsables du service qui adaptent l'organisation des tournées en fonction de celles-ci, par exemple par un « doublage » : l'agent faisant l'objet d'une restriction va effectuer certaines tâches (hors du champ de la restriction) chez « son » bénéficiaire, une autre AD va venir en renfort (en même temps ou à un autre moment) pour effectuer les tâches concernées par la restriction. Un repositionnement de l'agent auprès d'autres bénéficiaires est toujours possible mais implique des changements pour d'autres collègues et complique la recherche d'une répartition équitable de la charge de travail.

Certains cas de déclaration d'inaptitude ou de restriction importante ont amené le service à une refonte du poste, vers une fonction de tutorat, ou vers un temps partagé avec le foyer logement (RPA) ou encore un repositionnement sur des fonctions d'accueil téléphonique au service. La perspective d'un maintien en emploi des agents en difficulté sur d'autres services de la Ville est a priori écartée faute de postes disponibles et susceptibles de les accueillir, élément qui induira le questionnement d'une forme de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences avec l'encadrement.

Afin d'anticiper ces difficultés et de suivre l'historique de manière autonome, la responsable de service a mis en place un document (interne) de suivi sur « l'état des agents » mentionnant, outre les avis de la MPP, les problèmes de santé ou difficultés particulières remontées par les agents, infra-signallement médical (ex. : « *porte une ceinture lombaire* ») et même parfois des remontées sur des douleurs ou gênes infrapathologiques (Gagnon *et al*, 2003 p144). Onze AD ont ainsi été repérées principalement en lien avec des problématiques TMS (dos et membres supérieurs).

Signalons que le dilemme entre l'emploi et la santé, évoqué par Bourgeois et Hubault (Bourgeois et Hubault, 2005) se retrouve typiquement dans les propos des agents ancrés dans la réalité du travail (« *il faut bien que je tienne jusqu'à la retraite* », « *si je ne peux plus faire ça, je ne sais pas ce que je pourrai trouver comme emploi* », « *le métier me plait, donc des fois, je serre les dents* »). En revanche, l'encadrement se place dans une posture se voulant « socialement responsable » et de « service public », entre la capacité à maintenir un service de qualité aux usagers et la préservation de la santé des agents dont il n'est pas question de se

---

<sup>11</sup> Aucun document de synthèse de la médecine professionnelle n'existe, aussi la fiabilité et le niveau de précision de certaines informations fournies peuvent être questionnés.

<sup>12</sup> L'intégration dans la démarche de la passation d'un questionnaire sur l'état de santé en lien avec les TMS (type « questionnaire nordique », Kuorinka *et al*, 1987) a été écartée au début de l'intervention pour ne pas alourdir la démarche et, compte tenu de la taille de l'effectif, par crainte d'une fiabilité statistique trop relative. Il avait alors été imaginé que le recueil des données chiffrées puisse se faire via la médecine professionnelle (ce qui n'a pas été le cas) et par les outils de suivi mis en place par le service en interne et les temps d'entretiens individuels ou collectifs avec les AD (ce qui a finalement été la première source d'informations).

séparer. Par ailleurs, les solutions d'aménagement temporaire de la charge de travail qui reposent en premier lieu sur une décharge horaire ont un impact financier, soit sur les revenus de l'agent (horaires ou mensuels), soit sur le budget du service (titulaires), considéré dans les deux cas par l'encadrement comme à exclure, pour des raisons sociales ou budgétaires.

Le service a pu recenser 32 **arrêts maladie** en 2012 (dont 2 arrêts représentant 365 jours ouvrés à eux deux : 1 arrêt longue maladie (255 jours) et 1 arrêt de 110 jours) concernant 17 AD différentes (plus de la moitié). Un tiers des arrêts surviennent en décembre et janvier. Ils sont pour la plupart de courte durée (moyenne : 5,6 jours).

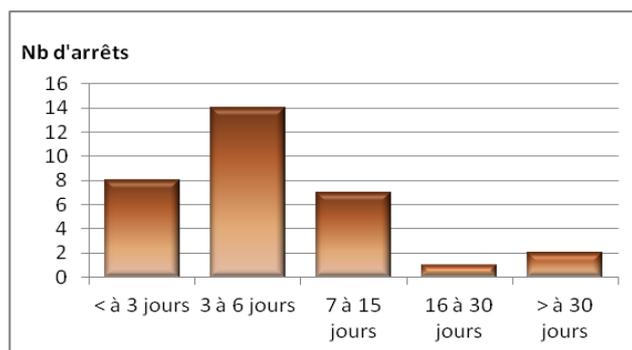


Figure 10 : Durée des arrêts maladie (2012)

Les 2/3 des arrêts concernent des AD de plus de 50 ans. Donc l'hypothèse d'un lien entre l'âge moyen des agents et le nombre, relativement élevé, d'arrêts maladie pourrait être évoquée, notamment en considérant les contraintes physiques du métier. Toutefois, d'autres explications sont également évoquées par les AD et l'encadrement, en particulier la notion de contact direct avec le bénéficiaire générant à la fois un risque de maladie par contamination biologique « bénéficiaire > AD » et la crainte d'une contamination « AD > bénéficiaire », incitant les AD à solliciter / accepter un arrêt maladie plutôt que de risquer de fragiliser leurs bénéficiaires lorsqu'elles sont susceptibles d'être contagieuses.

On rapprochera ces chiffres des études annuelles menées par Dexia-Sofcap (assureur de nombreuses collectivités territoriales) sur l'absentéisme en collectivités territoriales qui relèvent habituellement une fréquence d'arrêts maladie plus faible dans les petites collectivités ou les petits services (collectifs de travail < 50 salariés) que dans les collectivités plus importantes mais des arrêts de plus longue durée. Une hypothèse classique d'explication de ce phénomène repose sur le lien au collectif de travail : dans les collectifs plus restreints, les agents mesurant mieux l'impact de leur absence sur l'activité de leurs collègues s'arrêteraient moins volontiers (moins souvent) mais que lorsque ces arrêts deviendraient impératifs, ils seraient forcément de plus longue durée.

Or, on n'observe pas ce phénomène à Villeparisis, où la notion de « collectif de travail » n'est pas évoquée par les AD comme une réalité significative. Ce qui est en revanche évoqué par les AD comme **principal frein à l'arrêt maladie** est d'abord leur absence auprès de « leurs » bénéficiaires habituels et donc leur remplacement par une autre AD avec la crainte que cette dernière « ne travaille pas comme elle ».

### 5.1.6. Les absences « RTT » et récupérations horaires

Les agents titulaires ont droit à des jours de « RTT » et tous (titulaires et contractuels) peuvent cumuler des heures supplémentaires donnant droit à des jours de récupération.

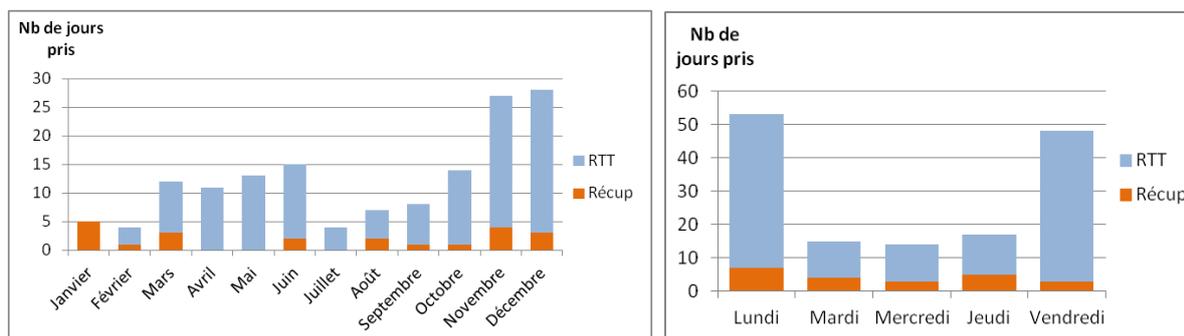


Figure 11 : Répartition des jours de RTT et de récupération par période et par jour de la semaine

Les jours RTT sont acquis (à partir du 1<sup>er</sup> janvier) au long de l'année. Ils sont conservés par une large part des AD pour parer à un aléa personnel (ou à un besoin de récupérer) leur imposant d'avoir à « poser une journée », en régulation de l'aléa. Ils sont donc souvent posés sur les deux derniers mois de l'année (ils seront perdus au 31/12) lorsque l'aléa ne s'est pas produit plus tôt.<sup>13</sup>

Ce mécanisme induit une difficulté d'organisation des plannings sur le dernier trimestre, en particulier les débuts et fins de semaine, naturellement préférés par les agents pour les repos.

## 5.2. Les bénéficiaires : usagers ou partenaires ?

En mars 2013, le SAAD intervient auprès de 220 bénéficiaires et en 2012, 73 **nouveaux** bénéficiaires ont été pris en charge.

L'évaluation initiale, réalisée principalement par les financeurs (voir 5.3.3.), entreprend de déterminer entre autres éléments l'indice GIR (Groupe Iso-Ressources) selon une grille d'évaluation nationale (grille AGGIR), censée refléter au mieux le niveau de dépendance/autonomie. Cette codification déterminera ensuite les modes de prises en charge (financements). Les bénéficiaires en GIR 1 et 2 sont les moins autonomes (on peut considérer qu'ils bénéficieront presque systématiquement, entre autres prestations, d'une toilette au lit et d'une aide aux transferts), le partenariat avec un service de soins à domicile est très fréquent ; les GIR 5 et 6 représentent les niveaux de dépendance les moins élevés (voir annexe 2).

Aujourd'hui, seulement 7 % des bénéficiaires sont en GIR 1 et 2. Les AD rencontrent peu de situations de forte dépendance. Pour exemple, d'après les agents, un bénéficiaire a récemment l'utilisation d'un soulève-personnes pour assurer ses transferts, et en était équipé, mais la situation est considérée comme exceptionnelle (« y'en a un, une fois tous les 5 ans »).

La question du maintien de la compétence dans l'utilisation de ces outils et, le cas échéant, la formation, devra rester présente à l'esprit de l'encadrement lorsque de telles situations se présenteront.

<sup>13</sup> De Terssac suggère une hypothèse pour la prise des jours RTT d'une « règle d'usage du temps », plus féminine, permettant « d'assurer la continuité domestique » et donc préférentiellement posés en durées courtes (1/2 jour, 1 jour). (Terssac (De) *et al.*, 2004)

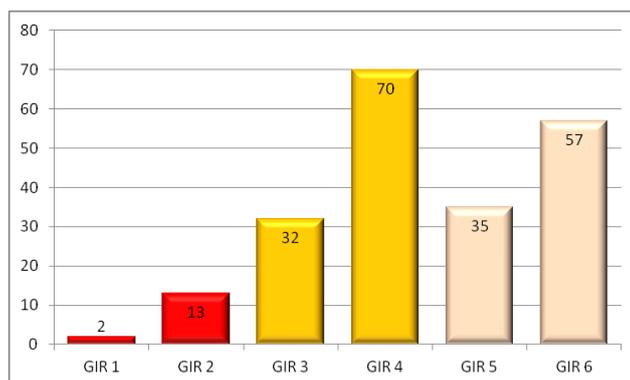


Figure 12 : Répartition des bénéficiaires en GIR (Groupe Iso-Ressources)

Une des particularités de la grille d'évaluation AGGIR est qu'elle ne tient pas compte de ce qui peut relever du lien social dans les missions des AD (Leboucher, 2004) ni de la diversité des situations sociales rencontrées. Les évaluations ainsi menées ne pourront donc retranscrire qu'une partie de la situation de travail et contribuent à asseoir la prise en charge financière des prestations (et donc le recrutement des bénéficiaires) sur le seul critère de la dépendance.

Les **situations sociales** des bénéficiaires sont très variables, même si elles sont majoritairement peu favorisées, la plupart vivent seuls mais une partie des bénéficiaires vit en couple, où parfois les deux conjoints sont bénéficiaires (deux prestations administrativement différentes). Dans quelques cas les bénéficiaires résident avec leur famille, ce qui tend à compliquer la relation en imposant de définir clairement le périmètre de la prestation (à destination du seul bénéficiaire et pas de sa famille).

Ces situations sociales ont un impact sur la qualité de l'habitat, objet également d'une grande variabilité. Les AD intervenant dans des intérieurs plus ou moins faciles à entretenir, quelques uns étant décrits comme à la limite de l'insalubrité. Cette variabilité nous a amené à introduire en groupe de travail la notion de « **nettoyabilité** » du logement dans les prestations de ménage.

Par ailleurs, pour les domiciles considérés par les AD comme les plus difficiles à entretenir, la difficulté réside tant dans la qualité du logement (revêtements de sol, mobilier, équipement électroménager,...), que dans la « vitesse de renouvellement de saleté » et le comportement des bénéficiaires en matière d'hygiène, que dans la qualité des outils et produits mis à disposition de l'AD.

21 bénéficiaires (≈ 10 %) résident au foyer logement communal, ils sont pris en charge par des AD différentes (l'unité de lieu a donc peu d'impact sur les tournées).

En référence aux travaux menés par Pierre Falzon et Solange Lapeyrière (Falzon et Lapeyrière, 1998) sur l'ergonomie dans les relations de service et ce qu'ils décrivent de la place attribuée à l'utilisateur dans les études sur l'activité ; il apparaît que les bénéficiaires du SAAD peuvent être situés simultanément sur deux plans.

Ils peuvent être considérés à la fois :

- en tant que facteur des conditions de travail des AD, éléments de variabilité des situations et co-prescripteurs de l'activité,
- en tant que ce que Falzon et Lapeyrière décrivent comme un usager « partenaire d'une situation de travail coopératif » partageant avec l'AD un objet du travail commun.

Dans ce second cas, les auteurs énoncent quatre caractéristiques à cette situation de coopération :

- Il y a un objet du travail en commun (dans notre cas, ce sera la propreté du logement, sa propre hygiène, la préparation d'un repas, le lever, voire la réfection d'un lit, passer un moment agréable,...)
- Il y a une inégalité des moyens entre le bénéficiaire et l'AD (physiques, sensoriels, compétences, cognitifs,...),
- Ces moyens existent et sont complémentaires (je sais où sont les habits / les ingrédients / les documents que je veux utiliser mais ne peux pas les enfiler / aller les chercher / les lire ; je peux marcher seul mais j'ai besoin qu'on me sécurise en cas de chute ; etc.)
- La relation d'aide est instituée socialement selon trois conditions : la disponibilité de l'intervenant, la sincérité de la demande du bénéficiaire et le devoir de mise en œuvre des moyens disponibles de part et d'autre

Cette coopération sous-entend donc qu'il y ait un présupposé de confiance et de reconnaissance des compétences de l'AD par le bénéficiaire (y compris de ses compétences socio-relationnelles, cf. ch. 6.3). Or, surtout compte tenu de la typologie des bénéficiaires, cette confiance est rarement acquise d'emblée et doit se construire, comme se construit également la connaissance réciproque des moyens / ressources que chacun des protagonistes peut mettre en jeu dans l'interaction.

On s'apercevra que nombre de difficultés évoquées par les AD (et par les bénéficiaires dans les évaluations de satisfaction, voir la synthèse des résultats en annexe 3) tourneront autour de cette problématique.

Eléments mis en discussion en groupe de travail<sup>14</sup> :

- Le lien entre la nature de la relation aux bénéficiaires (avec les AD, le bureau) et l'activité déployée sur le terrain<sup>15</sup>.
- Les procédures d'évaluation initiale et les connaissances de la situation pré-requises pour l'intervention d'une AD experte ou « novice ».
- La « nettoyabilité » du domicile est un déterminant de la charge de travail (notamment physique) d'une intervention. Sa prise en compte dans l'organisation pourrait constituer un élément d'homogénéisation des tournées.
- L'impact des remplacements sur l'activité et notamment sur la relation AD-Bénéficiaire et sa dimension coopérative, en lien avec les contraintes pesant sur l'organisation temporelle de l'activité.

<sup>14</sup> Dans ce chapitre, un certain nombre de points mentionnent les éléments particulièrement mis en discussion en groupe de travail afin d'illustrer la dynamique de construction de l'intervention auprès de ce groupe.

<sup>15</sup> À partir d'un échange en groupe de travail sur les termes utilisés pour parler du bénéficiaire, nous avons introduit une réflexion sur les différentes formes de relations AD-bénéficiaires que cela pouvait signifier. Le terme « bénéficiaire », utilisé par l'encadrement et qui évoque la notion « d'ayant-droit », celui « d'utilisateur », moins utilisé au SAAD, renvoie à l'utilisation d'un service (et la manière dont l'expérience dans l'usage permet parfois l'élaboration de stratégies de contournement des règles par les bénéficiaires). Les AD parlent surtout de « la personne », du monsieur, de la dame,... dans un langage moins administratif qui s'inscrit davantage dans la relation, sans doute à rapprocher de leur positionnement en « contact direct » avec le bénéficiaire.

## 5.3. L'organisation du travail

### 5.3.1. L'organisation temporelle, les plannings

Depuis peu et à l'aide des progiciels de gestion, la responsable de secteur a mis en place des « cycles » qui constituent une base de planning pour chaque AD à peu près récurrente sur 4 semaines. Le cycle, ou trame de planning prévisionnel, mentionne les bénéficiaires « attitrés » que l'AD voit plusieurs fois par semaine et les bénéficiaires « réguliers », qu'elle voit une ou plusieurs fois par mois. La trame laisse de nombreux trous qui vont être comblés (ou non) par des bénéficiaires connus de l'AD mais plus occasionnels ou par des bénéficiaires qui lui sont inconnus (nouveaux, remplacements).

Le planning définitif, qui comporte donc des variations significatives avec le cycle, est communiqué à la fin de la semaine précédente. Il est distribué en impression papier dans une case courrier au bureau à disposition des AD (exemple en annexe 5).

Toutefois les modifications du planning sont fréquentes après diffusion, y compris parfois pour le jour même afin de répondre à des aléas provenant des bénéficiaires ou d'une collègue qu'il faut remplacer.

Les variations entre le prévisionnel (cycle) et le définitif sont nettement plus importantes pour les contractuelles que pour les titulaires<sup>16</sup>, la trame prévisionnelle étant moins remplie (moins de bénéficiaires « attitrés ») pour les contractuelles.

La plupart des AD dispose d'un terminal portable de télégestion (de type « smartphone » et disposant de fonctions classiques de téléphonie) sur lequel elles peuvent consulter leur planning en temps réel. Lorsque des modifications interviennent à court terme (après diffusion du planning papier), la procédure est que la modification du planning sur le progiciel de télégestion (et apparaissant sur le terminal portable) soit assortie d'un appel téléphonique à l'AD pour lui signifier la modification et lui demander son accord s'il s'agit de l'ajout d'une intervention ou d'un décalage d'horaire.



Photo 1 : terminal de télégestion

Les plannings comportent de nombreux trous (plages de temps entre deux interventions supérieure à la demi-heure) amenant les AD à avoir un temps réel cumulé d'intervention (temps de travail rémunéré) sensiblement inférieur à leur amplitude horaire de travail (empan journalier, pause méridienne d'1 heure exclue), le rapport<sup>17</sup> se situant entre 2/3 et 3/4, s'apparentant en cela à des horaires coupés.

<sup>16</sup> La comparaison entre le prévisionnel et le réalisé est difficile à effectuer a posteriori, car le logiciel ne permet d'éditer que les plannings à jour sans possibilité de revenir sur des versions antérieures. Les cycles ne sont pas suffisamment stables pour servir de base de comparaison.

<sup>17</sup> Rapport (temps d'intervention / empan quotidien) calculé sur une semaine considérée comme « ordinaire » par l'encadrement. En rajoutant les 10 mn « forfaitaires » par déplacement afin d'intégrer les temps normaux de déplacement, le rapport passe à une plage de 70 à 80 %.

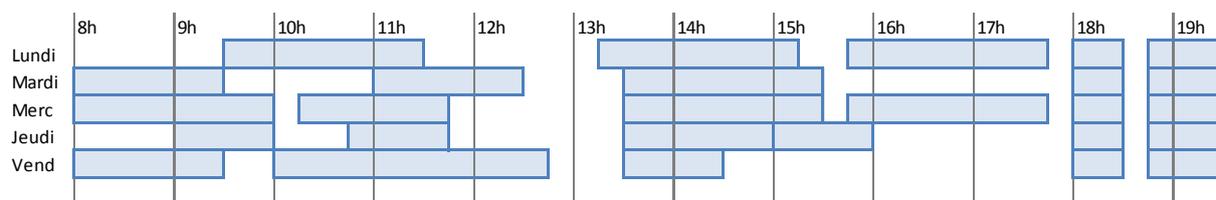


Figure 13 : Exemple de planning (sont colorés les temps d'intervention)

Ces temps « morts » sont utilisés très différemment selon les AD (pour « récupérer », faire une démarche privée, attendre dans la voiture,...), et donc ressentis de la même manière, comme du temps « gagné » ou du temps perdu. On verra que ces plages temporelles constituent également pour les AD une marge de manœuvre parfois mobilisée pour réguler une tension sur le temps.

Le principe des plannings prévisionnels en cycle conduit à une **forte stabilité des binômes AD – bénéficiaires**, en particulier pour les titulaires. Même si l'encadrement reconnaît certaines limites à une stabilité trop durable (surinvestissement affectif, difficultés aux remplacements,...), il n'a pas réellement été envisagé de fixer une limite dans le temps à cette stabilité comme le pratiquent d'autres services.

Comme pour l'élaboration des prévisionnels, la responsable de secteur tente, pour la construction des plannings définitifs, de tenir compte d'un grand nombre de critères, relevant :

- de l'AD pressentie pour intervenir (compétences, disponibilité, secteur d'intervention, aptitudes, la connaissance du bénéficiaire, allergies éventuelles (animaux), mode de déplacement, nombre d'heures hebdomadaires, éventuellement appétences en termes de prestation,...)
- du bénéficiaire (adresse (secteur), particularités de la situation, habitudes de vie (horaires de sieste, de série TV,...), nature des prestations à réaliser, plan d'aide (heures à effectuer), historique d'intervention,...)

La prise en compte de ces critères suppose une connaissance, mise à jour, des situations particulières (des AD et des bénéficiaires). La plupart de ces éléments de connaissances ne sont pas formalisés et peu partagés et ne sont donc détenus que, en premier lieu, par la responsable de secteur, et/ou dans certains cas par la secrétaire ou la responsable du service, à l'aide des remontées informelles d'informations des AD ou des bénéficiaires.

Le **nombre de passages hebdomadaires par bénéficiaire** varie de 0,5 (1 fois tous les 15 jours) à 17 (3 fois par jour + 2 le samedi). En moyenne il est de 3,6 passages d'une AD par semaine (médiane : 2) chez chaque bénéficiaire.

**Deux catégories de bénéficiaires** se distinguent donc : ceux qui vont recevoir une AD une (à deux) fois par jour ou moins et ceux qui vont voir une AD 3 fois par jour (matin, midi et soir pour, entre autres prestations, le lever, le coucher et l'aide aux 3 repas). Aucune AD ne verra 3 fois par jour le même bénéficiaire, ce qui signifie que certains bénéficiaires seront systématiquement **pris en charge par plusieurs AD différentes en même temps** (au moins deux) d'où certaines prises en charge que nous appellerons « **à AD multiples** », instaurant des mini-collectifs de travail (cela concerne 54 bénéficiaires, dont 18 pris en charge par 3 AD différentes et toutes les AD).

Une AD peut voir jusqu'à 9 bénéficiaires différents par jour, très rarement davantage, fréquemment autour de 7. Hors remplacement, elles verront au maximum environ 15 bénéficiaires différents sur la semaine (sur 25 interventions hebdomadaires en moyenne).

Sur le graphique suivant (figure 14), on peut voir l'illustration du nombre de bénéficiaires différents pris en charge (au moins une fois, donc y compris en remplacement d'une collègue) en 2012 par chaque AD.

On y relève que ce nombre est bien **plus élevé** pour les agents contractuels que pour les titulaires (50 % de plus en moyenne) du fait de la sollicitation prioritaire de celles-ci pour remplacer les collègues absents. Les AD contractuelles ont donc moins de récurrence dans leurs plannings sur les mêmes bénéficiaires et ont beaucoup moins que les titulaires des bénéficiaires dont elles sont « référentes »<sup>18</sup>. Les contractuelles, a priori moins expérimentées, seront donc amenées nettement plus souvent que la majorité de leurs collègues titulaires à être confrontées à des situations de travail qu'elles ne connaissent que peu ou pas.

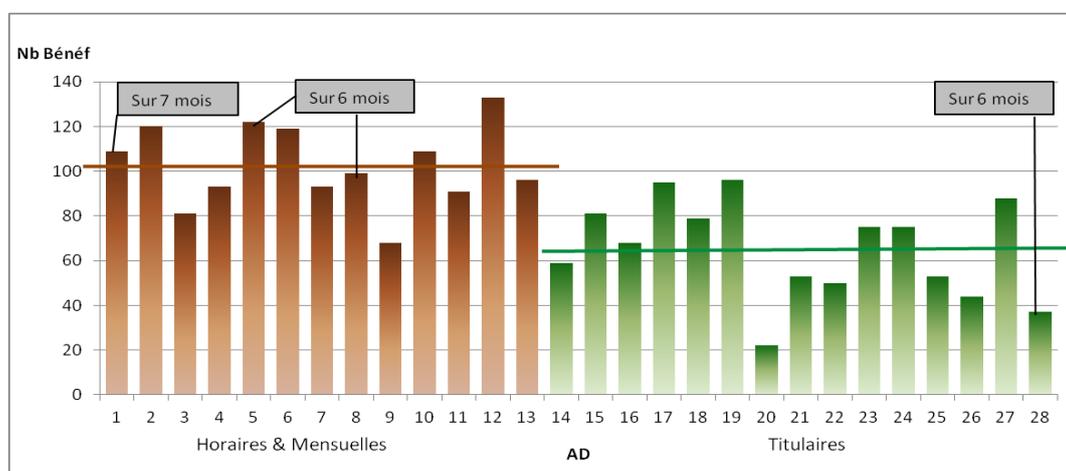


Figure 14 : Nombre de bénéficiaires différents par AD sur l'année 2012

On constate ces dernières années, une tendance à la diminution du temps alloué à chaque bénéficiaire (voir 5.3.3). En ce qui concerne les plannings, cet élément contribue à réduire la durée de chaque intervention et donc à augmenter le nombre d'interventions quotidiennes, le nombre de bénéficiaires différents et le nombre de déplacements pour chaque AD.

Eléments mis en discussion en groupe de travail :

- Des modifications de planning fréquentes et avec un délai de prévenance parfois très court.
- Plusieurs supports « de référence » pour le planning (papier, smartphone).
- Une compétence de construction des plannings reposant sur une seule personne (groupe de travail encadrement).
- Une stabilité des binômes AD-bénéficiaire permettant une meilleure connaissance mutuelle des acteurs de l'interaction.
- Une proportion significative de bénéficiaires pris en charge par plusieurs AD impliquant une nécessité de coordination.

<sup>18</sup> Le terme est mis entre guillemets, car le service, apparemment mal à l'aise avec cette notion, ne souhaite pas formaliser réellement un système de « référence » (on parlera souvent plus volontiers « d'intervenante principale ») liant particulièrement un bénéficiaire à une AD, la notion d'AD référente d'un bénéficiaire est cependant utilisée dans des documents internes (ex. fiche d'intervention).

- Un déséquilibre entre contractuelles et titulaires sur la prise en charge de situations nouvelles ou méconnues.
- Une tendance au morcellement des interventions (ruptures de tâches, augmentation du nombre de situations différentes et des déplacements, réduction des possibilités de régulation).

### 5.3.2. Tournées et déplacements, une sectorisation relative

Par la réalisation des plannings, la responsable de secteur organise les tournées et déplacements des AD. De manière générale, un délai de 10 minutes est prévu sur le planning entre deux interventions (en tout cas dès lors que le déplacement est significatif). Ce délai est le même quel que soit l'AD et son mode déplacement.

Dans une tentative récente (2011) de diminution de la pénibilité et des risques liés aux déplacements, le SAAD a mis en œuvre une démarche participative de réflexion sur une sectorisation de l'activité avec un groupe de travail composé d'AD.

Quatre secteurs ont donc été définis et chaque AD positionnée sur un secteur particulier.

Toutefois, l'étude des tournées (voir graphiques en annexe 4) montre que la sectorisation des interventions reste relative (tant sur les plannings prévisionnels que sur le réalisé) puisque rares (5/29) sont les AD qui réalisent 2/3 ou plus de leurs interventions sur un même secteur.

Là encore, compte tenu de la part de leur activité affectée aux remplacements, les AD contractuelles, pour qui une intervention sur deux suppose un changement de secteur, sont un peu moins bien loties que leurs collègues titulaires.

La relativité de la sectorisation est fortement liée aux contraintes pesant sur l'élaboration des plannings. Par ailleurs, la démarche prévue initialement supposait que les AD se séparent des bénéficiaires domiciliés hors de leur secteur d'affectation. Mais nombre d'entre elles ont préféré conserver « leurs » bénéficiaires hors secteur jusqu'à la fin de la prise en charge.

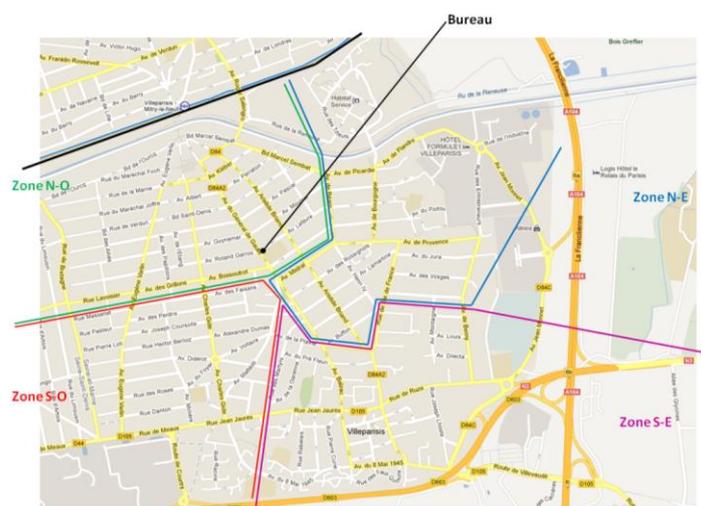


Figure 15 : Schéma directeur de sectorisation du SAAD

Les déplacements à réaliser entre les interventions sont variables et peuvent être significatifs (pour 4 AD circulant en voiture : environ 10 km/jour en moyenne). Ils sont effectués à pied (5 AD), en vélo (2 AD), mis à disposition par le service, ou en voiture personnelle (21 AD, qui ont pour la plupart un véhicule âgé de plus de 10 ans).

Aucune prise en charge financière n'est prévue pour compenser l'utilisation d'un véhicule, pour autant le fait de circuler en voiture est un critère pris en compte dans l'élaboration des plannings (lorsqu'il s'agit de positionner un bénéficiaire demandeur d'une prestation de courses ou d'envisager des successions d'interventions chez des bénéficiaires d'adresses éloignées).

Les AD circulant en voiture sont exposées aux aléas de circulation et de stationnement, fréquents notamment en cœur de ville.

Lorsqu'une AD qui circule habituellement en voiture n'a temporairement plus de véhicule à disposition (réparation), les horaires prescrits par le planning ne sont le plus souvent plus tenables. La régulation qui s'opère est alors soit autonome par l'AD (stratégies de prise d'avance, décalage d'interventions, retards, emprunt d'un vélo au service pour certaines tournées,...) soit nécessite un réajustement du planning (changement temporaire de bénéficiaire).

Eléments mis en discussion en groupe de travail :

- Une tension sur les déplacements : distances à parcourir, gestion du temps et régulation des aléas, coûts financiers personnels.
- Une incohérence du service par rapport à l'utilisation d'un véhicule personnel : pris en compte par l'organisation mais non pris en charge.

### 5.3.3. Les prestations : le contenu de la tâche

La nature des prestations à réaliser est déterminée dans la majorité des cas par les financeurs et repose contractuellement sur les évaluations initiales (réalisées en amont de la prise en charge d'un nouveau bénéficiaire par le SAAD).

Aujourd'hui 87 % des bénéficiaires du SAAD (182/210) ont accès au service via une prise en charge par le Conseil Général au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA, 53%) ou par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV, 34%).

Pour ces deux organismes (et quelques régimes spéciaux de retraite), l'évaluation initiale des situations, statuant sur l'ouverture de droits et définissant le plan d'aide (nombre d'heures allouées et type de prestations à effectuer), est réalisée par leurs propres équipes d'évaluateurs. Ceux-ci se déplacent au domicile des futurs bénéficiaires et communiquent ensuite, le plan d'aide plus ou moins détaillé, au SAAD (la communication se réduit parfois à un fax, du type : « *Merci de contacter cette personne pour qui il faut 8 heures d'entretien* »). Les données issues de l'évaluation ne sont jamais communiquées autrement qu'oralement par téléphone, quand elles le sont. Il arrive parfois, selon les relations que le SAAD entretient avec eux, que certains évaluateurs de l'APA préviennent la responsable de secteur d'une évaluation à venir en lui proposant d'y assister.

Pour les 13 % des bénéficiaires restants, les prestations sont financées par d'autres régimes spéciaux de retraite, la CPAM, leur mutuelle ou restent à leur charge. L'évaluation initiale et la définition du plan d'aide sont alors confiées au SAAD et réalisées par la responsable de secteur.

Lorsque l'évaluation est effectuée par un tiers, la responsable de secteur met à profit les visites de contractualisation de la prestation (en général deux visites) pour faire sa propre évaluation de la situation (forcément rapide puisque redondante pour le bénéficiaire et sa famille avec celle du financeur), et recueillir les éléments opérationnels permettant l'organisation de la prise en charge.

Les prestations définies ne font référence qu'à des prestations « techniques ». Pour la quasi-totalité des bénéficiaires, elles comprennent une prestation de ménage (cf. graphique ci-dessous). Mais cette prestation d'entretien (du domicile, du linge) peut être exclusive ou associée à d'autres tâches impliquant davantage une relation au bénéficiaire.

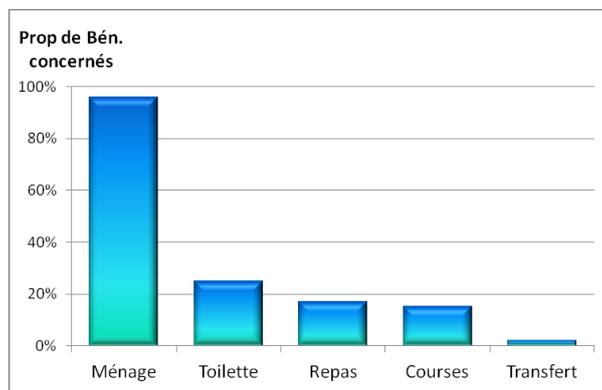


Figure 16 : Répartition des types de prestations effectuées (répertoriées par le SAAD)

Les premiers entretiens font apparaître que les contraintes physiques sont perçues comme plus coûteuses lorsque l'intervention ne comporte que ces tâches d'entretien, en particulier lorsque les interventions de ce type se succèdent, ce qui est souvent le cas l'après-midi.

En lien avec le planning, une journée-type s'organise le plus souvent en trois temps forts, matin, après-midi, soir. Le matin s'articule autour des levers, des toilettes, des repas (préparation et aide) en association avec les tâches d'entretien. L'après-midi est quasi-exclusivement consacrée aux tâches d'entretien. La ou les deux dernières interventions du soir sont orientées vers le repas et le coucher, parfois des soins d'hygiène.

Il n'est jamais mentionné dans les éléments communiqués du plan d'aide de prestation purement à caractère socio-relational. Il est vraisemblable que celle-ci soit implicitement contenue dans le plan d'aide, mais non formalisée en tant que prestation à part entière, un temps à y consacrer spécifiquement ne peut donc être facturé.

Notons que la fiche de poste qui, dans la liste de tâches, mentionne principalement des tâches « techniques » (entretien du domicile, du linge, préparation des repas, aide à la toilette et à la mobilité,...) ne reprend, dans la case des aptitudes requises, aucune compétence en lien avec celles-ci, ne faisant mention que de qualités d'ordre socio-relacionnelles (voir annexe 5).

En revanche, le « **mémo de l'aide à domicile** » (voir annexe 6), document interne dont les AD disposent et qui est fourni aux bénéficiaires lors de la prise en charge initiale, rappelle « ce que vous (les AD) pouvez faire à domicile » (reprenant les tâches de la fiche de poste) et « ce que vous ne pouvez pas faire à domicile ». Il mentionne en introduction « L'activité du service est en priorité centrée sur la personne et ensuite son cadre de vie. Les aides à domicile sont tenues de respecter le plan d'aide défini. »

Lorsque le bénéficiaire est considéré comme en capacité d'expliquer à l'AD ce qu'il attend d'elle, le type de prestation ainsi défini par les financeurs est souvent le seul élément précisé par le service en termes de contenu de la tâche pour les AD (ex. : « M. X : Entretien du domicile »), ne servant alors qu'à situer le périmètre de l'intervention dans lequel doit se situer la demande exprimée directement par le bénéficiaire à l'AD.

La définition de la tâche est mentionnée sur le planning (papier et smartphone, voir annexe 7). Lorsque le bénéficiaire est estimé par la responsable de service ne pas être en capacité de préciser ses besoins à l'AD (par ex. du fait de troubles cognitifs), le niveau de précision de la tâche indiquée sur le planning est beaucoup plus fin.

Par exemple :

Intervention de l'après-midi :

**Lundi**

Laver le sol (cuisine, couloir, WC), salle à manger si besoin

Voir son lit si change (change + mettre la machine à laver en marche)

Dans la chambre, tous les matins, 2 à 3 pyjamas avec pipi sur le radiateur enlever tout et mettre au lavage plus alèse et faire le lit

**Jeudi**

Passer l'aspirateur partout + poussière

Toilette tous les jours – 1 à 2 douches par semaine

Changer les vêtements sur elle

Etendre le linge du lundi

**Tous les matins et samedi midi**

Lui donner un petit cachet qui est dans l'armoire à côté de la porte fenêtre dans le petit arrondi côté gauche

Pour la préparation des repas faire tiédir le plat (madame mange pratiquement froid)

Cette situation représente une faible minorité de bénéficiaires (< 10 %), mais concerne quasi systématiquement des bénéficiaires « à AD multiples ».

Les mentions sur le planning reprennent les éléments contenus dans une **fiche d'intervention**, qui précise les tâches à effectuer et leur fréquence hebdomadaire (par ex. : « Toilette tous les jours – laver les cheveux une fois par semaine – douche 1 à 2 fois par semaine »). C'est ensuite l'AD, avec le bénéficiaire, qui organise son intervention.

Les tâches à effectuer sont susceptibles d'être modifiées, précisées (dans le cadre des types de prestations définies au plan d'aide) à la suite d'une visite de réévaluation, ou à la suite de remontées des AD, ou encore d'une demande de la famille.

Dans la prise en charge d'un **nouveau** bénéficiaire qui sera suivi par plusieurs AD, c'est la responsable de secteur qui constitue le binôme intervenant principalement et supervise la répartition des tâches initiale. Cette répartition est susceptible d'évoluer dans le temps de mise en place de l'intervention. Dans ce cas, soit les informations sont remontées par les AD à la responsable de secteur qui prend en compte la nouvelle organisation, soit l'évolution se fait par accord direct entre les AD (par le biais du cahier de liaison ou plus rarement d'échanges), auquel cas il n'est pas rare que l'information sur les changements ne remonte pas au bureau, ce qui pourra poser un problème dans l'organisation du travail lors des remplacements.

Peu avant le début de l'intervention, une réflexion a été menée avec un groupe d'AD sur la mise en place d'une « fiche de liaison » permettant de rappeler le prescrit (intitulé des tâches à réaliser, fréquence,...) et de permettre une traçabilité de leur réalisation. Le document qui en est ressorti (tableau tâches / dates avec cases à cocher, fait/non fait) est inspiré des documents de traçabilité de l'activité utilisés en secteur sanitaire et médico-social (voir annexe 8), il est accompagné d'une page disponible pour les commentaires écrits.

Le document a été mis en place auprès de quelques bénéficiaires après avoir été présenté aux AD. Notons que ce document a fait l'objet de nombreuses critiques après son expérimentation en situation par les AD. Ces critiques portaient surtout sur sa forme (taille des cases, dimension du document, police de caractère), mais exprimaient souvent, plus ou moins explicitement, le sentiment d'une réduction de l'autonomie et d'une « mise sous contrôle ».

Eléments mis en discussion en groupe de travail :

- Aucune évaluation des situations n'est à ce jour disponible de manière formalisée.
- Le plan d'aide (nature des prestations et temps alloué pour les réaliser) est pour l'essentiel des bénéficiaires déterminé par le financeur de la prise en charge.
- Une concentration en début d'après-midi des interventions ne comportant que du ménage, considérées comme plus coûteuses sur le plan physique.
- Pour la grande majorité des bénéficiaires, le service ne prescrit à l'AD que la nature de la prestation et la durée d'intervention ; le contenu précis des tâches est prescrit par les bénéficiaires.
- Certaines informations sur l'évolution des situations ne remontent pas ou mal au bureau, obérant la fiabilité des connaissances qu'à l'encadrement sur les situations réelles.

#### 5.3.4. Les temps de réunions, de communications et de transmissions

Les **réunions d'équipe** rassemblent l'ensemble du collectif, elles ont vocation à se tenir trimestriellement mais l'encadrement exprime sa difficulté à observer la fréquence envisagée. Une seule réunion s'est tenue en 2012 et une au premier semestre 2013, consacrée en partie à la restitution de l'intervention ergonomique. Elles sont décrites par l'encadrement comme des temps de communication « à sens unique » de l'encadrement vers les AD et ne semblent pas trouver leur objectif de régulation collective.

Des temps de réunions sont organisés de manière **opportune** pour échanger autour d'une situation particulière d'un bénéficiaire, elles rassemblent alors les AD concernées par la situation et l'encadrement. Leur fréquence est relativement faible (au maximum 1 par mois). Elles ne donnent pas lieu à un compte-rendu écrit.

Un **groupe de parole** a été mis en place depuis plusieurs années, la forme de ce groupe a été revue récemment en lien avec des remontées peu satisfaisantes. Il s'oriente désormais davantage comme un groupe d'échanges sur les pratiques, il est animé par un infirmier spécialisé dans l'aide à domicile et en formation des personnels du secteur. Les responsables n'y assistent pas, l'animateur rend compte des échanges de manière globale.

Des règles de remontées d'informations ont été mises en place : lorsqu'une question abordée en groupe interroge l'organisation du service, le groupe a pour mission de rédiger en séance une question à la hiérarchie, qui la traite et communique sur la suite donnée<sup>19</sup>. Le collectif est divisé en 3 groupes rassemblant chacun 8 à 10 AD, chaque groupe est stable sur l'année. Les rencontres ont lieu 4 à 5 fois par an, les 3 groupes sur la même journée.

---

<sup>19</sup> Mais les remontées sous cette forme sont en fait quasi-inexistantes, elles ne se font en réalité que via les comptes-rendus de l'animateur.

Il n'y a réellement pas de procédure formalisée concernant les **transmissions**. Chez certains bénéficiaires, ceux estimés incapables d'assurer eux-mêmes la transmission, un cahier de liaison est mis en place.

Le SAAD édite un document périodique de communication interne (« Flash Info ») à destination des AD pour diffuser des informations générales en lien avec le métier (revue documentaire sur une pathologie par exemple) et la vie du service.

Eléments mis en discussion en groupe de travail :

- Peu de place disponible pour les échanges d'expérience ou des débats sur le métier.
- Un manque d'opportunités pour les remontées d'informations sur les situations de terrain.
- Une apparente absence de demande des AD pour une mutualisation des savoir-faire et des partages d'expérience

### 5.3.5. Le système de télégestion

Le SAAD de Villeparisis a été parmi les premiers services à s'équiper d'un système de télégestion. Il est aujourd'hui composé de différents progiciels interconnectés de gestion des bénéficiaires, de l'activité des personnels et de la facturation des prestations.

Ces logiciels sont reliés aux terminaux portables qui, outre la fonction de consultation des plannings déjà évoquée plus haut, permettent :

- La consultation de certaines informations sur les bénéficiaires (prestations, adresse, codes, particularités signalées,...).
- Le pointage de l'intervention : décompte du temps d'intervention par le pointage horaire par l'AD à l'arrivée chez le bénéficiaire, puis la validation de l'intervention à la fin de celle-ci effectuée soit par le bénéficiaire qui appose sa signature (écran tactile) s'il est en capacité de le faire, soit par l'AD.
- De communiquer avec le bureau (le terminal est un téléphone), même si les AD préfèrent utiliser leur téléphone personnel avec lequel les communications leur paraissent de meilleure qualité.
- D'autres fonctions qui ne sont pas utilisées par les AD.

Une option de géo-localisation existe mais n'a pas été activée par le service.

L'intérêt principal du système est qu'il facilite et fiabilise le traitement des données de gestion : la facturation est automatique et immédiate, de même que le décompte des heures travaillées par les AD. Cette fonction a permis de soulager la secrétaire d'une lourde tâche de facturation et de préparation des paies et de lui libérer du temps.

Les progiciels utilisés, conçus pour les services d'aide à domicile, sont performants mais complexes et laissent peu de marges de manœuvre. Comme dans la plupart des progiciels, les critères de suivi de l'activité et des effectifs sont ceux initialement paramétrés, leur modification n'est pas à la portée de l'utilisateur : « *ça on peut (sait ?) faire, mais ça, on ne peut pas* ».

Un suivi plus fin, ou sur des critères différents oblige à créer d'autres outils plus ou moins redondants et non synchronisés avec le système donc difficiles à tenir à jour.

Par ailleurs, le système a l'inconvénient de s'interposer entre les AD et le bureau (« avec le PDA (le terminal), je n'ai plus besoin de passer au bureau pour mon planning ») en devenant l'outil principal de la communication mais en réduisant considérablement la qualité de celle-ci.

En lien avec ces deux points, critères de suivi imposés et interposition du système dans les relations hiérarchiques, on peut considérer qu'ils tendent à conditionner la prise en compte du réel par l'encadrement.

Eléments mis en discussion en groupe de travail :

- Le système de télégestion facilite l'activité de gestion mais contribue à nuire à la qualité de la relation entre AD et « le bureau » (encadrement, administration)
- Les outils de suivi du personnel et de l'activité, mis en place pour compléter les données disponibles des progiciels, manquent de précision, certaines informations sont incohérentes

#### 5.4. Des premiers éléments vers l'analyse de l'activité

Dans cette intervention, compte tenu de la place donnée à la formation-action et des objectifs d'autonomisation du groupe de travail, nous nous sommes un peu éloignés du schéma « classique » d'intervention ergonomique, tel que le décrivent Guérin *et al.* (Guérin *et al.*, 1997, p.129), et avons souhaité que ce soit le groupe de travail qui élabore les hypothèses de travail à l'aide des éléments théoriques apportés en formation, des premiers éléments recueillis et avec l'appui de l'ergonome.

Différentes problématiques ressortent de ces premiers éléments :

- Les **contraintes physiques** de l'activité sont unanimement évoquées, mais semblent de nature et d'intensité différentes selon les tâches effectuées et les situations de travail rencontrées, en lien avec de multiples déterminants.
- La grande variabilité des situations portant sur l'ensemble de ses composantes (objet du travail, environnement, ressources disponibles, interaction avec le bénéficiaire, contraintes organisationnelles et temporelles,...) implique pour les AD la mise en place de **stratégies d'adaptation** performantes pour atteindre les objectifs. Le déploiement de ces stratégies repose sur des compétences à la fois techniques et relationnelles, essentiellement construites par l'expérience, et sur la possibilité de disposer de marges de manœuvre.
- L'absence d'opportunité pour **mettre en débat le travail** et élaborer des règles collectives contribue à renforcer une forme d'isolement professionnel où chacun construit seul ses savoir-faire, s'installe dans une résistance au changement et dans lequel toute demande/exigence de l'organisation est perçue comme une contrainte.
- Le **niveau de connaissance** sur les situations à prendre en charge contribue à déterminer la « pénibilité » de l'intervention ; le processus d'évaluation actuel et la qualité de circulation des informations nuisent à ce niveau de connaissance.

- Les absences des AD et de fréquents aléas d'autres natures impactent **l'organisation temporelle du travail**. Ils amènent l'encadrement dans un **dilemme** entre le respect d'une stabilité dans la relation AD-bénéficiaire, garante de qualité, et l'obligation de service nécessitant de multiples remplacements. Les modifications de planning sont coûteuses pour les AD sur différents plans : vie sociale, relation au bénéficiaire et sens du travail, empêchement de stratégies de protection par réduction des marges de manœuvre,... L'expérience semble être un facteur protecteur dans ces situations.
- Des **contraintes temporelles** pèsent sur l'activité (temps d'intervention, temps de déplacement, butées horaires,...) et amènent les AD à adopter des comportements « à risque » pour leur santé et/ou pour la qualité du travail.
- L'évolution du cadre de la prise en charge vers une réduction des temps alloués est susceptible d'entraîner un morcellement des interventions ou une réduction de leur durée à charge constante de travail et une multiplication du nombre de situations différentes à prendre en charge. L'intensification du travail et la diminution du niveau de connaissance du bénéficiaire qui en résulte est de nature à limiter/empêcher la part de l'activité consacrée à la relation sociale et l'interaction avec le bénéficiaire. La motivation et l'identité professionnelle des AD se construisant précisément sur ces éléments, on peut craindre que cette dynamique ne contribue à une **perte de sens** du travail pour ces agents.

Nous allons dans le chapitre suivant aborder ces différentes problématiques, du point de vue du travail réel, à l'aide des éléments recueillis par les observations de terrain, les temps collectifs et les réflexions menées en groupe de travail.

## 6. LE TRAVAIL RÉEL : ANALYSE DE L'ACTIVITÉ

Comme déjà évoqué au début de ce document (ch. 4.2), compte tenu des contraintes pesant sur leur organisation, les observations de terrain ont montré un certain nombre de **limites**.

Comme vu plus haut, la présence de l'ergonome était soumise à l'accord des bénéficiaires ou de leur famille, sollicités par la responsable de secteur. Une large partie d'entre eux a refusé cette venue chez eux (dont beaucoup pour des questions d'intimité, l'intervention comprenant une aide à la toilette). Par ailleurs, certains bénéficiaires n'ont pas été sollicités, la responsable de secteur et les AD « référents » ayant estimé, au vu de leur état psychologique, que la présence d'un tiers compliquerait l'intervention de l'AD et ses suites.

Les possibilités de choix entre plusieurs interventions à observer selon nos critères (de durée d'intervention, de contenu prescrit du travail, d'intervenant (AD référente ou interventions à AD multiples, ancienneté), d'environnement de travail,...) et de constitution d'un échantillon ciblé ont de ce fait été très limitées.

Lors du suivi de ces interventions, nous nous sommes centrés sur l'objectivation et la caractérisation des contraintes physiques (en lien avec la demande initiale), sur l'organisation du travail et la gestion du temps (à l'échelle de l'intervention), et sur les interactions avec le bénéficiaire.

Les données sur l'activité présentées dans ce chapitre, séparées un peu artificiellement pour commodité de lecture mais évidemment liées entre elles, sont le fruit de ces observations et de

leur confrontation à chaud avec les AD suivies en intervention et des échanges en groupe de travail et avec les AD réunies lors des temps collectifs.

La méthode particulière retenue pour cette intervention a contribué à entraîner un grand nombre d'itérations entre le terrain, le groupe de travail et les groupes d'AD.

### **6.1. Des contraintes physiques objectives**

L'orientation initiale de la demande autour de la pénibilité physique du travail et du risque de TMS ainsi que l'évocation récurrente par les AD des sollicitations physiques nous ont invités à chercher à objectiver et caractériser ces contraintes et leurs déterminants.

Comme nous l'avons vu plus haut en lien avec les prestations, le travail prescrit des AD va comprendre, selon les prestations définies au plan d'aide :

- Des tâches de ménage : nettoyage des sols, des meubles, des vitres, nettoyage de la cuisine, de la salle de bains et des WC), sortir les poubelles,
- L'entretien du linge (lavage, repassage, rangement),
- L'aide simple à la toilette, à l'habillage, à la réalisation de « soins » non-médicaux (application d'une pommade par exemple),
- Les courses (à pied, en magasin de proximité ou en voiture, en grande surface),
- La préparation des repas et l'aide à l'alimentation,
- Une aide à la marche, à l'intérieur ou à l'extérieur du logement (promenade),
- L'assistance sur des questions administratives simples (ranger, trier des papiers,...).

L'ensemble de ces tâches sont effectuées à l'aide des outils, matériels et produits fournis par le bénéficiaire. L'AD n'est censée apporter que sa blouse (tunique), ses chaussures de travail et ses gants jetables (fournis par le service).

Lors de la seconde réunion, après avoir présenté la notion de déterminant de l'activité, nous avons fait réfléchir le groupe de travail sur la recherche de déterminants de l'activité physique. La réflexion a d'abord été proposée de manière ouverte en brain-storming et sans classification particulière, (« qu'est-ce qui vous semble, dans les situations que vous rencontrez, contribuer à déterminer votre façon de faire dans vos mouvements ou vos postures ? »), l'ergonome se contentant de faire préciser le rôle du déterminant dans l'activité (« en quoi cela modifie-t-il l'activité ? ») puis de reformuler les déterminants énoncés, pour les valider avant de les noter. La réflexion a été stimulée par l'évocation de situations concrètes de travail, allant jusqu'à « mimer » des situations pour mieux percevoir la notion de déterminants de l'activité et à partir de photos et vidéos recueillies lors des premières observations. Le but n'était pas l'exhaustivité mais davantage de s'assurer de la compréhension de la notion d'activité déterminée et de compromis opératoire et de situer les échanges sur le contenu du travail réel. Puis dans un second temps, le groupe a été invité à chercher à regrouper ces déterminants par « familles » (en les laissant réfléchir à un regroupement pertinent). Le fruit de cette réflexion est illustré dans la figure suivante.

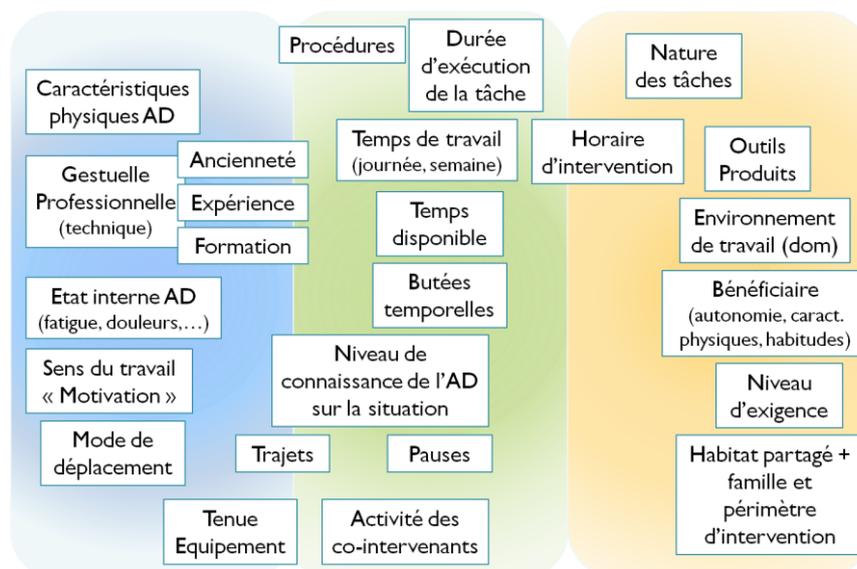


Figure 17 : Résultat de la réflexion sur les déterminants de l'activité physique en groupe de travail

Les « familles » finalement retenues pour la catégorisation ont été : ce qui a trait à l'AD elle-même (zone bleue de gauche), à l'organisation et au processus (zone verte centrale) et enfin au bénéficiaire et son environnement (zone orange de droite), certains déterminants trouvant leur place dans plusieurs de ces catégories.

Dans chaque vacation, les tâches impliquant une **manutention** sont nombreuses. Elles peuvent concerner des manutentions de charges inertes (éléments de mobilier, outils du travail (aspirateur, seau), linge, courses,...) et/ou la manutention de la personne aidée (levers-couchers et transfert du lit au fauteuil, transferts en salle de bain, aide à la marche,...). Compte tenu de la typologie des bénéficiaires du service en termes d'autonomie, ces dernières sont moins fréquentes que les manutentions de charges.



Photo 2 : Manutention de meubles



Photo 3 : Rehaussement au fauteuil

Dans les deux exemples illustrés ci-dessus, on remarquera que la manutention se fait concomitamment de l'interaction avec le bénéficiaire, comme un grand nombre d'autres tâches (cf. plus loin).

La fatigue et les douleurs sont mises en lien par les AD avec **certaines tâches** (différentes selon les opératrices).

« *Quand il faut faire les courses et qu'on nous demande de rapporter un ou deux packs d'eau...* », « *quand j'enchaîne les heures de ménage l'après-midi, après j'ai mal partout, dans les bras et dans le dos et si je me pose un quart d'heure, après j'ai plus envie de repartir pour les couchers du soir* », « *une fois, j'ai fait du repassage pendant ¾ d'heure avec un fer qui marchait pas et j'en avais plein les bras, et la personne d'après m'a demandé de lui faire les vitres, là c'était trop, ...mais je l'ai fait quand même* ». Des AD en temps collectif

Souvent, les tâches de ménage sont évoquées comme physiquement plus contraignantes que les toilettes mais, par ailleurs, les interventions comprenant des toilettes sont généralement plus courtes et plus variées que les interventions où la demande ne concerne que du ménage. Ces dernières sont situées en général l'après-midi, se succèdent et peuvent amener les AD à faire couramment 3 heures de ménage d'affilée, parfois 4 heures.

Les sollicitations les plus couramment rapportées par les AD concernaient **les membres supérieurs** et en particulier les épaules et **le dos**. Dans les observations systématiques, nous nous sommes intéressés à ces sollicitations. Sur 3 interventions, nous avons comptabilisé et situé dans le temps le nombre de flexions antérieures du tronc, selon deux critères : une amplitude de flexion du tronc supérieure à 60°, amplitude considérée dans la méthode RULA<sup>20</sup> comme à forte contrainte et une amplitude de flexion proche de 90°, considérée comme « dangereuse » ; sur les mêmes interventions ont été comptabilisées le nombre d'élévations, frontale ou latérale, d'une ou deux épaules à une amplitude supérieure à 60°, considérée par la méthode OREGÉ<sup>21</sup> (INRS) comme « à éviter ».

La chronique d'activité nous a permis d'établir le chronogramme présenté ci-dessous (AD 1) qui croise ces données avec le nombre de manutentions (d'une charge supérieure à 5 kg environ) réalisées et les quatre types d'activités réalisées durant l'intervention : le nettoyage des sols à l'aide de l'aspirateur, puis en lavage humide (seau + serpillière), le traitement de questions administratives et les échanges en lien avec celles-ci (les interactions avec le bénéficiaire ont également été situées et sont présentées plus loin).



Figure 18 : chronogramme d'activité d'une intervention d'une heure (62 mn).

<sup>20</sup> RULA : McAtamney, L., Corlett, E.N. (1993) : Rapid Upper Limb Assessment : A survey method for the investigation of work-related upper limb disorders. Applied ergonomics, 24, 2, 91-99

<sup>21</sup> OREGÉ : Outil de Repérage et d'Evaluation des Gestes (INRS).

Les 3 interventions donnent les chiffres suivants pour les mouvements sollicitants considérés.

	Durée inter	Manutentions (charge > 5 kg)	Sollicitation épaule(s) (élévation > 60°)	Flexions du tronc	
				(> 60°)	(proche de 90°)
AD1	62 mn	15	30	39	dont 9
AD2	68 mn	9	28	28	dont 2
AD3	63 mn	13	18	12	dont 0

Signalons que les 3 situations n'ont pas vocation à être comparées entre elles (situations, activités, et intervenantes différentes, les gestes ont un contexte et des objets différents,...). On se contentera de noter que le nombre significatif de chacun de ces éléments nous permet de confirmer une exposition, évoquée par les AD, à des contraintes physiques objectives.

Nous noterons également que l'AD 3, qui a montré durant l'observation beaucoup moins de flexions du tronc que ses collègues, se disait victime de lombalgies récurrentes depuis longtemps et a montré durant l'intervention de nombreuses stratégies d'économie d'effort et de protection de son dos (accroupissements, travail à genoux, prises d'appui,...), consciente qu'il s'agissait là de savoir-faire de prudence (« vous voyez, avec les douleurs et l'expérience, j'ai appris à faire attention »).

Le chronogramme d'une autre intervention nous montre la récurrence (ligne 1 sur la figure) des situations de mobilisation de la personne aidée lors des transferts (assis-debout, allongé-assis ou assis-assis : sortir du lit, du fauteuil, du siège des toilettes, en salle de bain,...).

Les losanges verts signalent les flexions du tronc supérieures à 60°, chaque transfert est l'occasion d'une ou plusieurs flexions ; le temps de la toilette (ligne 3), en l'occurrence faite au bidet pour respecter les habitudes de vie de la bénéficiaire, regroupe également un certain nombre de ces mouvements sollicitants.

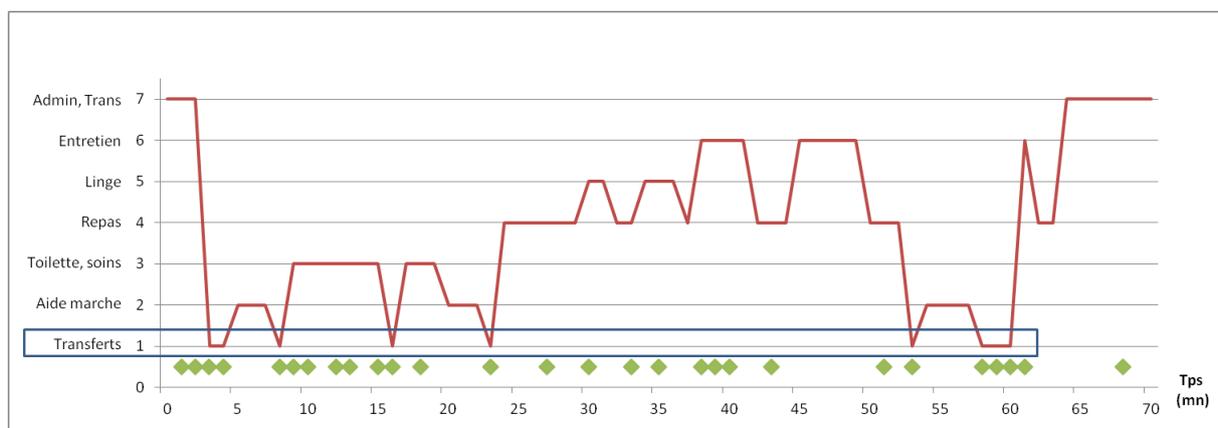


Figure 19 : Chronogramme d'activité d'une (intervention 2) figurant les différentes tâches et notamment les transferts et les mouvements de flexion du tronc (> 60°)

Les membres supérieurs sont sollicités par toutes les tâches nécessitant un appui vertical et des gestes répétitifs (repassage, aspirateur, serpillière,...) et celles impliquant de travailler les mains au-dessus de la tête (poussières, rangements en placards, vitres,...), d'autant qu'il leur est interdit de monter sur un tabouret ou un escabeau. Cet « interdit » les oblige à un compromis opératoire défavorable pour leurs membres supérieurs mais constitue aussi une ressource, leur permettant de dire au bénéficiaire, qui leur ferait une demande en ce sens, qu'elles ne peuvent pas réaliser telle tâche (aller nettoyer le dessus d'un meuble, de hautes baies vitrées,...) parce qu'elles n'en ont « pas le droit ».



Photo 4 : Exemple de sollicitation contraignante des épaules

En plus des contraintes gestuelles, les observations montrent que l'activité entraîne la tenue fréquente de **postures pénibles** : le dos fléchi en avant sur des plans de travail trop bas (repassage, vaisselle), ou à l'occasion de l'aide à la toilette que ce soit au lit<sup>22</sup> ou en salle de bain, le bénéficiaire debout devant l'évier ou assis dans la douche / la baignoire. Dans la toilette observée évoquée plus haut (intervention 2), on peut considérer que le temps passé en postures sollicitantes par l'AD correspondait à un peu plus de la moitié de la durée de la toilette. Une posture à genoux est souvent prise (par celles qui le peuvent), mais davantage pour éviter d'avoir à rester longtemps le dos fléchi en avant (stratégie d'économie, cf. plus loin).

La **station debout** est pratiquement permanente pendant les interventions, durant les observations, les rares moments où nous avons vu une AD s'asseoir étaient systématiquement en toute fin d'intervention (en général dans l'attente de la synchronisation du terminal de télégestion qui peut durer plus d'une minute), interrogées à ce sujet plusieurs AD justifiaient cette position par le souhait de se mettre au même niveau que le bénéficiaire (lui-même assis) et à proximité afin d'améliorer la communication (capter l'attention, ne pas avoir à élever la voix).

Une AD, restée debout pour repasser pendant 30 mn et questionnée sur la possibilité qu'elle aurait de s'asseoir a répondu : « *parfois je repasse assise, c'est moins fatigant, mais avec lui (le bénéficiaire qu'on venait de quitter), je ne peux pas me le permettre, il me le reprocherait ou me traiterai de feignante* ». Soucieuses de l'image qu'elles renvoient, travaillant sous le regard (le contrôle) du bénéficiaire, cette image, ou la représentation qu'elles s'en font, comptera dans les déterminants de leur activité physique.

Plusieurs AD, interrogées sur les raisons de leur choix de la voiture comme mode de déplacement, ont évoqué comme une de ces raisons le bénéfice qu'elles tiraient du fait d'être assises ne serait-ce que le temps de leurs déplacements et reconnaissent prendre souvent

---

<sup>22</sup> La toilette au lit, entière, ne fait « normalement » pas partie de leurs attributions, qui se limitent en la matière à une « aide à la toilette ». Elle devrait être réalisée, par exemple, par une aide-soignante d'un SSIAD. Mais l'évolution de certaines situations, ou l'état de santé temporaire d'un bénéficiaire les amène régulièrement à effectuer ce type d'actes à la limite de leurs prérogatives, elles disent alors « *je sais que ce n'est pas à moi de le faire, mais on ne peut pas laisser les gens comme ça* ».

quelques minutes en stationnement pour « *souffler un peu* » entre deux interventions. Leurs collègues, circulant à pied ou en vélo doivent ajouter la fatigue générée par ces déplacements à la charge physique globale de l'activité et ne peuvent disposer de ces temps de « repos » (pour les « piétonnes », on peut estimer leur temps de marche à plus d'une heure à 1h30 par jour).

On notera la fréquence d'**ambiances physiques** de travail, classiques dans le secteur de l'aide aux personnes âgées (logements surchauffés, sous-éclairés, bruit (TV, radio), odeurs parfois nauséabondes liées à l'incontinence du bénéficiaire ou à la présence d'animaux,...), susceptibles de contribuer à la pénibilité et à la charge physique de travail ou de constituer des déterminants de l'activité à part entière.

**L'équipement du logement** impacte la réalisation des tâches, et en premier lieu les **outils** et les **produits** fournis par le bénéficiaire à l'intervenante en particulier pour les tâches d'entretien (aspirateur, fer à repasser, balais, produits d'entretien,...). Ce sont systématiquement des matériels « non-professionnels », de qualité variable, plus ou moins adaptés (ou adaptables) aux caractéristiques de l'AD et aux tâches à effectuer, qui vont conditionner les efforts à fournir et le temps à consacrer pour arriver à un même résultat.

On voit dans les deux exemples ci-dessous la même situation (essorage pour balayage humide), combien l'outil s'avère déterminant pour l'activité physique : sur l'image de gauche, un seau à double bac et un balai (que la bénéficiaire était très fière d'avoir trouvé par correspondance, sur les conseils de l'AD) à manche réglable et muni d'un système permettant un essorage rotatif par appui sans effort sur le manche et, d'après l'AD, beaucoup plus efficace que l'équipement classique en plus d'être moins sollicitant.

Par ailleurs, nous avons pu observer et les AD nous ont rapportés des situations d'appareils électriques (aspirateur, fer à repasser, sèche-cheveux) que leur mauvais état rendait dangereux à l'utilisation (fils dénudés par exemple) ou de produits ménagers non identifiés. Ce sont typiquement des situations qui ne seront pas signalées par l'AD au service (« *moi, je le connais ce fer, donc je fais attention* »), et l'information jamais transmise aux remplaçantes.



Photo 5 : Balai neuf à système d'essorage automatique



Photo 6 : seau et serpillière à essorer à la main

« Les gens nous disent : "il est très bien mon aspirateur", alors qu'il n'aspire rien et qu'il pèse lourd, mais ils ne se rendent pas compte que nous c'est toute la journée qu'on fait ça ». « Les gens chez qui on va, ils n'ont pas beaucoup de moyens alors on ne veut pas leur dire qu'il faudrait acheter autre chose, donc on fait avec ». « Chez Mme X, ça fait un mois que l'aspirateur est cassé et qu'on a demandé à son fils de s'en occuper, mais il ne se passe rien, alors en attendant on se débrouille ». « Une fois, un monsieur m'a fait nettoyer un tapis entier au balai-brosse parce que son aspirateur ne marchait plus ». « Moi maintenant, j'ai toujours une éponge propre et un chiffon dans mon sac, au cas où... ».

Signalons que ces deux dernières remarques, faites lors d'un temps collectif, avaient provoqué de vives réactions de la part des collègues (« on ne doit pas accepter ça, tu n'aurais pas dû le faire », « ce n'est pas à nous de fournir le matériel, il ne faut pas commencer à faire ça ! ») et la discussion qui s'en est suivie a montré la tension qu'elles vivaient, entre l'existence de certaines règles établies (par exemple, le matériel adéquat est fourni par l'utilisateur<sup>23</sup>) et la réalité des situations les invitant à déroger à ces règles pour se faciliter la tâche ou satisfaire le bénéficiaire. En l'occurrence, le problème n'étant pas tant qu'elles dérogent à la règle, surtout par ce qui apparaît comme une stratégie de protection ou d'évitement de conflit, mais que seules certaines le fassent, mettant les autres en situation difficile par rapport à un bénéficiaire ne comprenant pas (ou parfois utilisant) ces différences de pratiques. Par ailleurs, le compromis à trouver dans le dilemme entre « la satisfaction de l'utilisateur et la logique du service » (David et Huguet, 1998, p.152) peut être coûteux pour l'AD. Cet échange (comme d'autres dans ces temps collectifs) montrait la nécessité de mettre en débat des pratiques de métier pour arriver à bâtir un référentiel partagé, des règles collectives assises sur la réalité des pratiques.

À la prise de contact avec un nouveau bénéficiaire, la responsable de secteur<sup>24</sup> évalue le matériel fourni au regard des prestations à réaliser et l'invite, le cas échéant, à s'équiper. Mais la suite dépend de la réactivité et de la motivation du bénéficiaire ou de sa famille (parfois distante et/ou peu disponible). Par ailleurs, les situations évoluent et le signalement par une AD à la responsable de secteur d'un aspirateur en panne chez un bénéficiaire (qui, du reste, fait partie des informations mentionnées comme susceptibles de se perdre selon la forme et le moment du signalement, comme évoqué plus haut) fera l'objet (ou pas) d'un appel du service au bénéficiaire / à sa famille, soumis aux mêmes aléas de réactivité.

---

<sup>23</sup> Le « mémo de l'aide à domicile » (document interne, cf. annexe 6) spécifie : « Le bénéficiaire est tenu de fournir les produits de nettoyage nécessaires et le matériel en état de fonctionnement pour l'exécution des tâches ménagères. »

<sup>24</sup> Notons que les compétences de celle-ci sont reconnues pour l'évaluation d'une situation et du niveau de dépendance, mais qu'elle se dit elle-même moins experte que les AD sur les tâches techniques.

L'équipement du logement concerne également les matériels d'aides techniques « médicalisées » : lit médicalisé à hauteur variable, fauteuil roulant ou médicalisé facilitant le rehaussement, etc. (dans le chronogramme de l'intervention 2 (figure 19), le lit de la bénéficiaire était un lit médicalisé dont le mécanisme de réglage en hauteur avait été condamné par le fils de la personne aidée et le lit réglé au plus bas afin de limiter la gravité des chutes !).



*Photo 7 : Lit médicalisé installé chez un bénéficiaire*

Les recommandations, de la responsable de secteur à la prise en charge ou des AD au fil des interventions, peuvent ainsi concerner un certain nombre de **modifications** du domicile (équipement, dégagement d'espaces pour faciliter les manutentions, retrait de certains tapis,...) mais il est fréquent que ces modifications ne soient pas réalisées (notamment par le refus du bénéficiaire d'une transformation ou d'une « médicalisation » de son intérieur). Outre le risque généré lors des interventions, cela nécessite pour l'AD d'avoir à revenir sur la question plusieurs fois, de se justifier (et d'y consacrer du temps) et de se mettre en posture de **demandeur** vis-à-vis du bénéficiaire, posture inconfortable dans le cas d'une relation d'aide ; ce qui peut expliquer qu'elles renoncent à insister lorsque la coopération du bénéficiaire n'est pas acquise.

**L'environnement du travail** peut donc être facteur de contraintes et faire que certaines interventions seront vécues comme plus sollicitantes que d'autres, par exemple dans l'aménagement du domicile, l'encombrement des pièces, la configuration des lieux à entretenir (voir photos ci-dessous), en plus des questions de qualité d'habitat déjà évoquées en ch. 5 et la notion de « **nettoyabilité** » susceptible de caractériser les environnements selon qu'ils sont ou non facilitants pour les activités d'entretien.



*Photo 8 et Photo 9 : Exemples d'environnements de travail contraignants*

## 6.2. Mais des savoir-faire de prudence mobilisés

Afin de faire face à ces contraintes physiques, de nombreuses stratégies de protection ou d'économie ont été observées, ou remontées par les AD, mobilisant des savoir-faire de natures différentes, souvent assis sur l'expérience professionnelle.

### Des savoir-faire individuels :

Nous avons pu observer la mise en place de stratégies posturales d'économie : éviter les flexions du dos en s'accroupissant ou s'agenouillant, prise de points d'appui pour diminuer la contrainte sur des postures en porte à faux, etc.



*Exemples de mobilisation de savoir-faire de prudence*

*Photo 10 : à genoux et prise d'appui sur le manche de l'aspirateur*

*Photo 11: l'AD s'accroupit et prend appui sur sa cuisse*

Il semble que cette mise en œuvre se retrouve davantage chez les AD plus anciennes (dans les observations, la proportion du temps passé un ou deux genoux au sol était plus importante que chez les AD moins expérimentées) mais également très dépendante des caractéristiques physiques de chaque AD (douleurs ou gênes préexistantes, vécu pathologique,...).

« Je m'aperçois que je dois être souvent à genoux à l'usure de mes pantalons, ...mais je préfère user mon pantalon que mes vertèbres », « j'ai mal au dos le soir depuis que j'ai de l'arthrose à un genou que je ne peux plus plier, avant ça allait », « avec les années (l'expérience), j'ai appris à faire attention à moi, mais des fois on peut pas trop surtout quand il faut faire vite ». (des AD en auto-confrontation)

Un **savoir-faire technique** dans les transferts et mobilisations rendu visible tant dans la gestuelle technique de manutention, visiblement maîtrisée par plusieurs AD observées (notamment certaines tenantes d'une expérience antérieure acquise dans le secteur médico-social), qu'à travers les consignes données au bénéficiaire pour le **guider dans sa participation** à la manœuvre, celles-ci étant circonstanciées, claires et précises. Par ailleurs, la capacité de certaines à anticiper sur l'action de mobilisation en « préparant le terrain » (écartant ce qui risquait de les gêner ou d'entraîner une réaction inappropriée du bénéficiaire durant la manœuvre, préparant le support de réception,...) signe un savoir-faire éprouvé<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Auto-confrontée à sa technique (photo 3), l'explication de l'AD illustre ce savoir-faire : « je lui coince ses genoux entre les miens pour qu'elle prenne appui, je neutralise ses bras pour ne pas qu'elle s'accroche, je lui dis de se pencher en avant et je bascule le poids du corps en arrière en poussant sur ses genoux ».

Ces savoir-faire sont apparemment **peu transmis** aux nouvelles AD, elles ne pourraient l'être réellement (en dehors d'une formation externe<sup>26</sup>) qu'en mode démonstratif (donc en tutorat) et à condition que l'AD « experte » les ait identifiés comme des savoir-faire particuliers, ce qui n'est pas toujours le cas.

Remarque : L'intégration d'une nouvelle AD se fait en général par deux jours de travail en doublon avec une AD expérimentée. Depuis 2012, en partie du fait de sa restriction d'aptitude au port de charge, une AD très expérimentée, ancienne aide-soignante, a été positionnée en fonction de **tutrice**. C'est elle qui a la charge de cet accompagnement des nouveaux. Elle intervient également en renfort d'une AD, lorsque ce renfort n'est pas motivé par une problématique de manutention.

Hormis ces savoir-faire techniques, certaines stratégies mises en œuvre traduisent des compétences ayant trait davantage à la relation avec le bénéficiaire (dans le but de faciliter sa coopération), celles-ci semblent réservées aux situations où l'AD **connait bien** la situation.

*; « Quand on connaît la personne, tout est plus facile, ça va plus vite on sait quoi lui demander de faire » ; « Avec Mme X., je sais qu'il faut que je prenne un peu de temps avec elle en arrivant, pour discuter ou boire un café avant d'attaquer la toilette, sinon elle m'aide pas du tout et on passe un temps fou pour la toilette », « Quand j'ai besoin de quelque chose (produit ménager, outil,...), je sais qu'il vaut mieux que j'appelle sa belle-fille le mercredi que son fils, sinon je peux toujours attendre » ; « Pour le lever, il me laissait tout faire toute seule, jusqu'à ce qu'une collègue me dise qu'en fait il était capable de se lever seul (...) maintenant je sais comment il faut le prendre, je lui mets ses pantoufles avant de se lever, je lui parle de sa fille en lui montrant la photo sur le mur (...) et il se lève tout seul ».*

Les échanges directs entre AD sont sporadiques (« ça arrive qu'on se croise en voiture et on se dit quelques mots, mais on n'a pas trop le temps » ; « depuis la sectorisation, on a moins d'occasions de se rencontrer par hasard ») et ne semblent pas particulièrement recherchés (alors même que la plupart reconnaissent que les échanges d'expériences peuvent être riches).

D'après les AD, lors des temps collectifs, il semble que le souci de préserver son indépendance, son autonomie soit posé comme contradictoire avec le partage de savoir-faire : « Moi je n'ai pas d'ordres ou de leçons à donner aux collègues (et je ne veux pas en recevoir), si on me demande comment moi je fais, je réponds, sinon, je ne dis rien ».

Pour ce qui est des communications opérationnelles, au sujet d'un bénéficiaire partagé par exemple, elles ne se font pratiquement que par l'intermédiaire du cahier de liaison quand il y en a un (voir annexe 9, l'analyse de ces transmissions).

### **Des stratégies collectives :**

Quand plusieurs AD interviennent chez un même bénéficiaire, nous avons observés la constitution de stratégies collectives de préservation. En effet, certaines AD se connaissent bien et savent leurs préférences ou compétences, elles disent « *se répartir les tâches de manière*

---

<sup>26</sup> Parmi celles qui ont suivi une formation de type « gestes et postures » à l'extérieur ou qui ont bénéficié d'un (court) module à ce sujet dans la formation d'AVS, disent de ces formations qu'elles ont sans doute contribué à une prise de conscience du risque mais que la « mise en application » des méthodes apprises n'est pas aisée dans la réalité du travail quotidien.

*informelle* (entre elles) » et « *se laisser certaines tâches les unes aux autres* » en fonction des appétences / compétences inter-connuës. Cette organisation est, alors, rarement écrite donc peu accessible aux remplaçants ou à la hiérarchie. Cela concerne principalement les tâches qui ne sont pas à faire à toutes les visites et qui sont positionnables à différents moments (douche, shampooing, faire les ongles, repassage des vêtements ou du linge plat, lessive, certains types de nettoyage,...). Ces stratégies sont toutefois conditionnées par le niveau de proximité et de connaissance réciproque des AD entre elles permettant une organisation ainsi construite. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, les stratégies collectives sont peu élaborées car peu anticipées, passent essentiellement par le cahier de liaison ou par une organisation prescrite par le bureau qui aura plus de difficulté à prendre en compte les goûts et compétences particulières de chacune.

Cela contribue à expliquer que certaines disent : « *avec telle ou telle collègue, je peux travailler bien, mais avec d'autres c'est plus compliqué* » (mais cette difficulté à travailler ensemble, c'est-à-dire auprès du même bénéficiaire mais pas en même temps, est sans doute liée également à l'hétérogénéité des priorités et des niveaux d'exigence sur la qualité de réalisation de la tâche).

Par ailleurs, le peu d'espace laissé par l'organisation sur le temps de travail pour ce genre d'échanges renvoie ces communications à des relations interpersonnelles (donc plus ou moins bonnes) et ne permet pas la mutualisation de savoir-faire, ni la mise en place de stratégies collectives élaborées concernant la prise en charge, dans le cadre d'une « activité collective » (Caroly, 2010, p 92 ; Caroly et Barcellini, 2013).

Les compétences mises en œuvre dans ces stratégies sont donc plutôt individuelles, donc variables d'une AD à l'autre, de natures différentes et pas toujours reconnues comme telles.

### **6.3. Compétences mobilisées et compétences attendues : écart ou syncrétisme ?**

Les tâches ménagères ont été largement évoquées jusqu'ici, notamment en lien avec les contraintes physiques qu'elles génèrent mais aussi avec l'importance de la part qu'elles prennent dans l'activité des AD.

Celle-ci comprend malgré tout également la réalisation de tâches plus sociales, en tant que telles, réalisées avec le bénéficiaire (« *L'après-midi avec M. X., c'est l'accompagnement : promenade, un petit bain de pied pour le détendre, prendre un petit café et discuter ensemble* »).

Ce peut être faire un jeu, regarder des albums de photos ensemble, ou simplement prendre un café en discutant (mais sans rien « faire » d'autre). Dans d'autres situations, ce sera la stimulation du bénéficiaire à la marche, à son domicile (où le bénéficiaire est accompagné dans la marche, non pour ses seuls déplacements, mais dans le seul but d'entretenir sa mobilité et de l'aider à conserver son autonomie) et pour certains à l'extérieur en promenade, avec ou sans but particulier (petites courses, accompagnement à un rendez-vous,...) dans un but d'autonomie et de socialisation. Dans ce dernier cas, c'est alors une large partie de la durée d'intervention qui y est consacrée.

En dehors de cet accompagnement à la marche qui peut être prescrit par le service, les temps conviviaux ne font pas l'objet d'une prescription.

Ils sont parfois considérés comme des temps « volés », dans une complicité entre l'AD et le bénéficiaire (ou sa famille qui peut être demandeuse de ce type d'accompagnement), sur le temps d'entretien (« *ce n'est pas la peine de laver par terre aujourd'hui, ce n'est pas sale et comme ça on aura le temps de discuter un peu* » disait une bénéficiaire en accueillant son AD), allant jusqu'à générer chez l'AD un possible **conflit** entre la qualité de la relation et le temps disponible à y consacrer qui se posent en **exigences contradictoires**. Ils sont parfois aussi en lien avec le choix d'une AD de proposer un temps convivial au lieu d'effectuer les autres tâches prévues du fait de l'état psychologique du moment de la personne aidée.

L'intervention de l'AD commence toujours par un **temps d'évaluation** de la situation, qui intègre au repérage de l'ensemble des tâches à effectuer, l'état moral de son bénéficiaire avant d'organiser son intervention qui, de ce fait, comprendra ou pas un temps uniquement consacré à la relation si elle l'estime nécessaire (ou *a fortiori* si le bénéficiaire lui en fait la demande).

Il est clair que cette évaluation repose sur des critères liés à la connaissance fine du bénéficiaire et qu'elle n'est possible que pour une AD très familière de celui-ci.

« À la manière dont elle m'ouvre la porte, je sais si elle va vouloir qu'on discute », « Quand elle me propose quelque chose à boire dès mon arrivée, c'est qu'elle en a gros sur le cœur ».

On a vu que les tâches ménagères requéraient de nombreuses compétences tant pour parvenir au résultat attendu (par le bénéficiaire, prescripteur, et par l'AD), que pour les réaliser dans le temps imparti (on y reviendra plus loin) et pour se protéger des sollicitations qu'elles génèrent. Alors même que ces compétences ne sont jamais mentionnées comme des aptitudes requises à l'exercice du métier, sans doute du fait que, mises en œuvre à domicile, elles sont assimilées aux compétences domestiques détenues par chacun (Cloutier, David, Teiger, 2003, p 75).

Mais les AD mettent également en œuvre des **compétences sociales** (Leduc et Valléry, 2006 ; Valléry et Leduc, 2010, p.216) qui sont mobilisées dans ces temps consacrés à la relation et dans l'évaluation des attentes et besoins sociaux de la personne aidée (capacité d'écoute, empathie, choix des sujets de conversation, des activités pertinentes,...).

Cependant, ces compétences sociales sont mobilisées également en dehors d'un temps formellement et uniquement consacré à la relation. En effet, dans la grande majorité des interventions, l'activité socio-relationnelle et l'activité « productive » ne sont pas réalisées en mode séquentiel ou exclusif, mais de manière **imbriquée**.

Ce qui différencie une aide à domicile d'une aide-ménagère n'est pas tant dans le contenu des tâches, semblables pour une large part, mais davantage dans la **manière de les réaliser**.

Pour exemple, dans le chronogramme ci-dessous, issu de la chronique d'une intervention (intervention 2, déjà évoquée plus haut), aucune tâche n'aura éloigné l'AD de la bénéficiaire plus de 5 minutes. Dans le temps marqué (rectangle bleu), correspondant au repas de la personne aidée, on voit que l'AD va effectuer d'autres tâches simultanément (entretien du linge, du sol dans une autre pièce) et revient vers la personne pour l'aider dans son repas et/ou juste échanger avec elle.



Photo 12 : Interaction avec la bénéficiaire

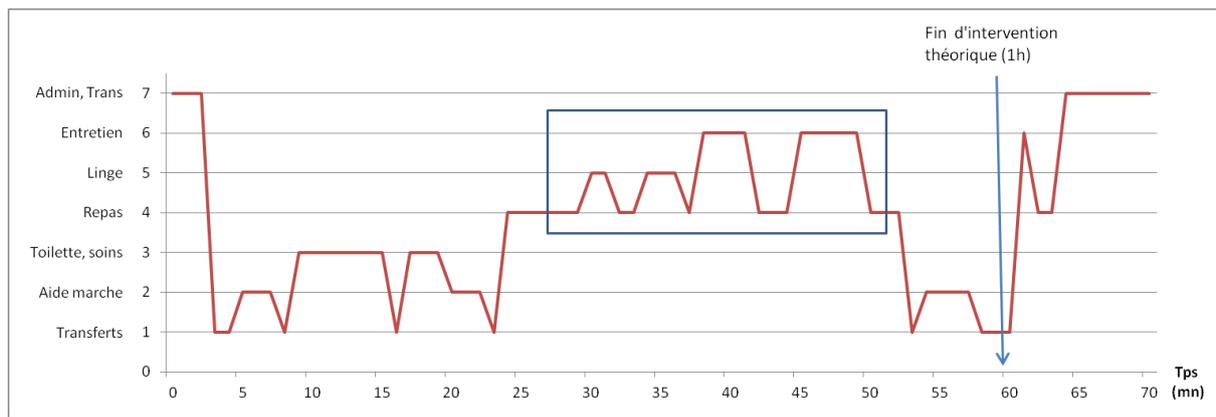


Figure 20 : chronogramme d'activité (intervention 2)

En auto-confrontation, l'AD expliquera ces allers-retours : « D'abord, c'est pour maintenir le contact, qu'elle sente que je suis bien là, c'est aussi pour ça que je chante ou que je parle fort quand je suis dans une autre pièce, j'en profite pour la stimuler à manger et à boire et pour surveiller que ça se passe bien au cas où elle avalerait de travers. En plus, si je ne la stimule pas, elle oublie de manger et met plus de temps pour le repas et moi après, je n'ai plus le temps de tout faire. »

Notons que, malgré ces stratégies d'optimisation de son temps, elle dépassera de 10 mn la durée prévue de l'intervention (dépassement que, par ailleurs, elle ne déclarera pas en pointant à l'heure prévue de fin, cf. plus loin).

À travers cet exemple, on voit que l'activité nécessite des compétences techniques et sociales qui sont « complémentaires et articulées dans la réalisation des tâches associées » (Leduc et Valléry, 2006 p.5) et la possible définition de compétences sociales liées à chacune des activités « techniques ».

Une autre AD, lors d'une intervention en début d'après-midi, nous a expliqué qu'elle commençait avant toute chose par passer l'aspirateur dans le séjour, sachant que le bénéficiaire aimait y faire une petite sieste dans son canapé après le repas, et qu'elle ne voulait pas le déranger en revenant plus tard. Dans une intervention suivante, elle prendra 6 minutes de son intervention pour expliquer à la bénéficiaire ce qu'elle allait faire, dans quel ordre avant de se mettre à la réalisation de ces tâches (« je fais comme ça à chaque fois (3 fois par semaine) parce qu'elle oublie et elle s'énerve quand elle ne comprend pas ce qui se passe »). Un autre agent, trouvant le congélateur du bénéficiaire entr'ouvert tant il était rempli, le fait venir à côté de lui pendant qu'il règle le problème pour lui expliquer comment s'assurer de la fermeture du compartiment et son importance puis lui préciser ce qu'il fallait qu'il mange en premier,...

Sur le chronogramme suivant, nous retrouvons la représentation de l'intervention 1, évoquée plus haut, avec la situation dans l'intervention des temps d'échange direct en face-à-face (ligne 5, interactions) montrant là encore la récurrence de ces interactions quelle que soit l'activité effectuée. Parmi ces échanges, un peu plus du tiers avaient pour sujet les tâches ménagères, les autres, situés majoritairement en début et fin d'intervention, sans lien direct avec les tâches techniques à réaliser / réalisées ; ce qui ne signifie bien sûr pas qu'ils n'avaient pas de lien avec le travail.

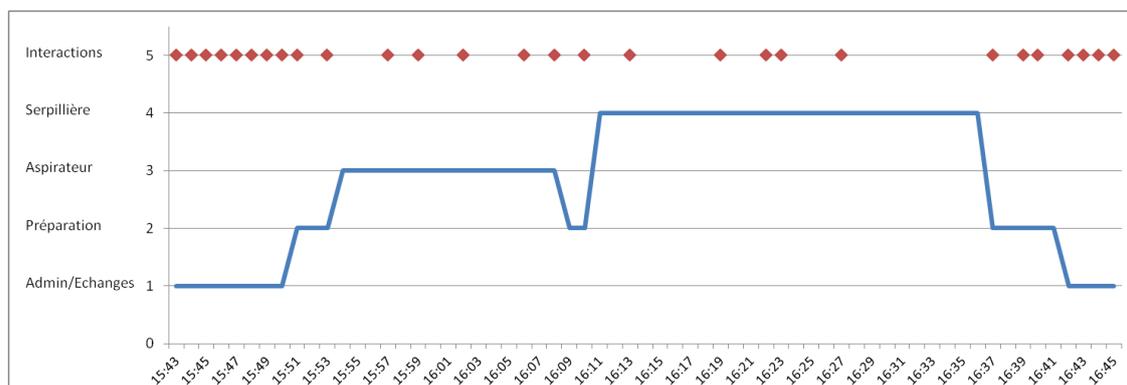


Figure 21 : Chronogramme d'activité (intervention 1)

À la différence d'autres relations de service, la particularité de l'aide à domicile tient aussi à la durée de l'intervention et de la relation, que ce soit la durée de chaque intervention pouvant aller jusqu'à deux heures (mais tendant à se réduire), que la durée de la prise en charge, certaines AD fréquentent leurs bénéficiaires depuis plus de 5 ans.

Notons que toutes les AD ne disposent pas du même niveau de compétence socio-relationnelle, amenant certaines à reconnaître qu'elles sont moins à l'aise dans le registre de la relation que dans celui des tâches techniques. Au-delà des seules différences de personnalités, il semble, d'après nos observations, que les AD ayant une expérience antérieure en structure d'accueil de personnes âgées, ou d'un métier orienté vers la relation (vente, accueil) soient mieux armées que d'autres, plus expérimentées sur la part technique de l'activité, dans cette part sociale de l'activité.

Dans les tours de table en temps collectifs, invitant chacune à dire comment elle décrivait son métier à ses proches, quelques unes ont dit se qualifier elles-mêmes d'aide-ménagère, ce qui a fait systématiquement réagir le reste du collectif réuni, mais qui était en cohérence avec ce qu'elles décrivaient par la suite comme leur mode de relation au bénéficiaire.

La mobilisation de ces compétences dans l'activité est forcément en partie dépendante de la prescription des tâches, qu'elles sont *descendantes* (de la hiérarchie) ou *montantes* (de la situation) (F. Six, cité par Daniellou et Béguin, 2004). On a vu plus haut l'exemple de la fiche de poste qui situe les missions et les compétences attendues pour les réaliser dans deux registres différents avec une apparente incohérence. En réalité, il nous semble que la position de la hiérarchie ainsi exprimée signifie plutôt : "voilà les tâches qu'il faut réaliser (quasi exclusivement d'ordre technique) et voilà les compétences dont vous aurez besoin pour y parvenir". Et que ces dernières (de nature sociale) ne sont précisément pas des compétences techniques, finalement pas considérées comme essentielles à l'atteinte de l'objectif. Cet objectif réel (maintien du lien social, préservation de l'autonomie fonctionnelle et cognitive, surveillance,...) reste plus ou moins implicite et décalé par rapport à la description des missions.

Ce décalage génère chez les AD l'opportunité d'un conflit d'objectifs reposant sur l'absence de définition de la qualité attendue du travail : un travail bien fait signifie-t il que la maison soit propre ou que le bénéficiaire soit heureux ? Conflit se traduisant en tensions lors de choix à faire en situation.

Par ailleurs, la prescription par le service de tâches peu détaillées dans leur finalité offrant surtout un cadre d'exercice de la mission (dont l'imprécision concourt à laisser des marges de manœuvre aux AD) est complétée par la co-prescription du bénéficiaire, posée en fonction de ces propres attentes sur l'activité et critères de réalisation, dans le cadre d'une « prescription distribuée » comme l'évoque Armand Hatchuel, cité par Falzon et Lapeyrière, (Falzon et Lapeyrière, 1998, p15).

Cette définition des tâches par le bénéficiaire, de précision variable mais souvent assez fine, ne laisse pas toujours place à une redéfinition commune avec l'AD. Une phase de négociation (du type : « vous me demandez ça, mais moi, professionnelle de l'aide, je pense qu'en réalité c'est ça dont vous avez besoin et que je peux vous apporter ») est souvent possible et a été observée mais reste soumise à deux conditions :

- Que l'AD se positionne en tant qu' « experte », en capacité de réaliser une évaluation de la situation et de poser un point de vue de professionnelle de l'aide sur les besoins de la personne, puis de se mettre au service de ces besoins, potentiellement différents des attentes exprimées, en mobilisant les compétences requises ;
- Que le bénéficiaire reconnaisse cette expertise de l'AD et ses compétences, dépassant les seules compétences techniques et les limites de son intervention. Reconnaissance basée sur ses expériences antérieures et sur ses représentations du métier (auxquelles contribue la qualité de la présentation qui lui en a été faite an amont par le SAAD).

Cette négociation est parfois difficile et coûteuse pour l'AD, selon l'interlocuteur (bénéficiaire plus ou moins ouvert, famille résidant sur place ou non,...) et selon sa propre expérience.

*« M. G. le plus important, c'est de le faire marcher, mais ce n'est pas écrit sur le planning, mais comme sa femme ne veut pas, elle nous impose de faire plutôt du ménage »*

Elle est facilitée lorsqu'elle a été précédée d'une négociation semblable réalisée par la responsable de secteur à qui son statut confère l'autorité permettant l'arbitrage. Cet arbitrage est parfois sollicité par l'AD, en situation de difficulté dans la négociation, par un appel au bureau.

Le fait d'intervenir à domicile, dans la sphère d'autorité du bénéficiaire, rend le travail différent d'une activité semblable en maison de retraite ou même en foyer logement où le bénéficiaire est hébergé, et dans lesquels on ne retrouve pas la même « co-dépendance » (Cerf, Valléry, Boucheux, 2004, p.570).

*« En maison de retraite, on voit plus les gens rire ou pleurer, on peut échanger, participer aux ateliers, il y a des moments de la journée où on n'a rien d'autre à faire que d'être avec les résidents et discuter avec eux ; à domicile, on n'a pas trop le temps et on n'est pas là pour ça ». (une AD, ancienne auxiliaire de vie en structure d'accueil)*

La négociation est rendue également compliquée lorsque d'autres AD sont intervenues auparavant chez le bénéficiaire en adaptant des positions professionnelles différentes (acceptant des tâches « limites » parce que compétentes et physiquement aptes pour les réaliser, ou posant des priorités différentes, ou avec un niveau d'exigence différent impactant le temps à consacrer à chaque tâche,...). « Pour le bénéficiaire, c'est toujours la première AD la meilleure, c'est compliqué de passer après » s'accordent-elles à dire en groupe de travail, ce qui sous-entend

que le bénéficiaire construit ses représentations à partir de sa première expérience et que ses demandes ultérieures, y compris en termes de moyens, seront construites selon ce référentiel<sup>27</sup>.

D'où, à nouveau, l'importance de parvenir à construire des règles collectives pour l'action, des « points de repères collectifs et partagés » (David et Huguet, 1998, p.151).

Les formations suivies en formation continue, notamment la formation d'ASG (dite formation « Alzheimer ») et la formation au DEAVS, contribuent au renforcement de compétences individuelles centrées sur la relation particulière à un public de personnes âgées, même si elles envisagent peu cette notion de négociation et de construction de compromis.

Cependant, dans l'organisation du travail, le lien entre la qualification particulière des AD ainsi formées et les missions qui leur sont confiées reste peu lisible pour les AD.

*« Les DEAVS, on nous dit qu'on est formées pour faire autre chose mais on ne fait que du ménage » ; « Moi des fois, j'ai pas envie de le faire (toilette particulière), parce que je pense que je ne suis pas qualifiée pour le faire. Mais ça veut pas dire que je ne sais pas le faire »*

L'attribution d'un bénéficiaire (et donc des missions assorties) à une AD dépend de différents critères, en premier lieu organisationnels (disponibilité, secteur,...), et celui de la qualification certifiée n'est pas forcément prépondérant.

Parmi les compétences transversales permettant de « tenir » l'activité et qui se construit principalement dans l'expérience, figure en bonne place la capacité d'organisation de son travail dans le temps imparti, déjà sous-tendue dans les exemples précédents.

#### **6.4. La pression du temps et les stratégies de régulation mises en place**

Les contraintes temporelles pesant sur l'intervention sont évoquées par toutes les AD comme une préoccupation constante (« *même avec l'habitude, on a quand même l'œil sur la montre* ») du fait de la variabilité de l'activité et de la fréquence des aléas.

Le fait de manquer de temps génère une frustration largement évoquée dans les retours : « *quand on n'a pas le temps de tout faire, c'est toujours le moment sympa avec la bénéficiaire qui passe à la trappe* », « *on ne peut pas trop se permettre de dire aux gens qu'on n'a pas eu le temps de faire ce qu'ils nous avaient demandé* ».

Cependant, ces contraintes sont vécues différemment selon les capacités de chacune à mettre en place des stratégies de régulation et les marges de manœuvre dont elles disposent pour le faire.

À ces contraintes, inhérentes au métier et à son organisation, s'ajoute un élément d'origine économique : une évolution du système global de prise en charge qui conduit à une intensification du travail, par diminution des temps alloués à chaque bénéficiaire et donc à une augmentation du nombre de bénéficiaires par jour, sans réduction significativement concordante des prestations à effectuer.

Différentes stratégies sont mises en place par les AD afin de réduire le coût occasionné par ces contraintes, celui-ci pouvant porter sur leur santé, sur la performance du service ou sur la qualité du travail et la relation au bénéficiaire.

---

<sup>27</sup> Un bénéficiaire (mécontent des changements d'intervenants) nous dira : « *quand ça change souvent (d'AD), on est obligé de tout réexpliquer à chaque fois comment il faut faire parce qu'elles font toutes différemment* »

Le graphique ci-dessous présente la journée d'une AD et illustre quelques unes de ces stratégies. N'ayant pu suivre l'AD sur la journée entière, ce déroulement a été reconstruit à partir des données enregistrées en télégestion puis confronté à l'AD afin de mesurer l'écart.

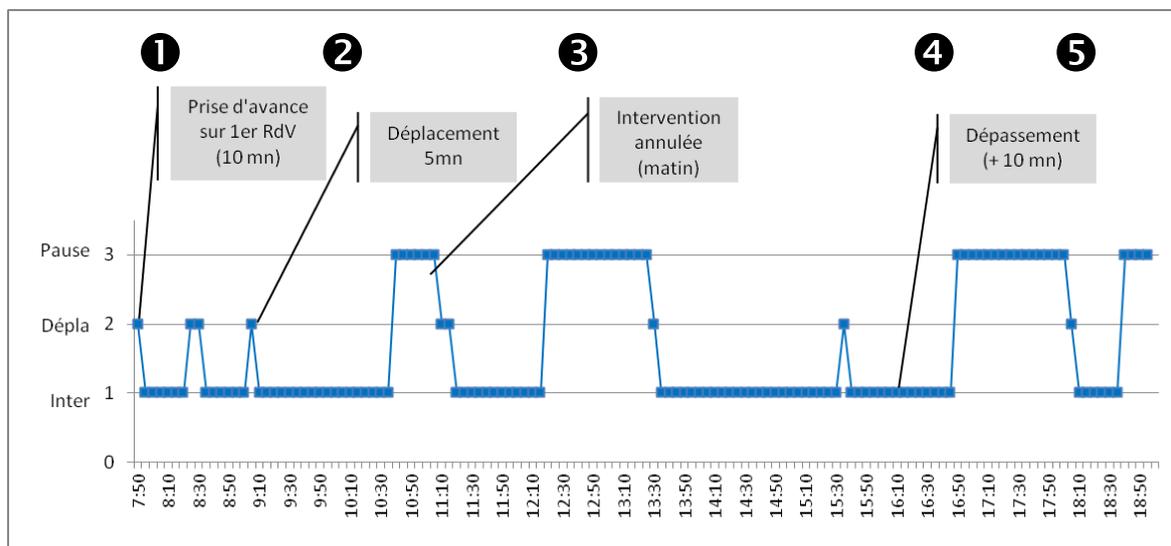


Figure 22 : Exemple de déroulement temporel d'une journée d'intervention

Résultat de l'auto-confrontation :

- 1) La première intervention est planifiée à 8h00, l'AD se présente chez le bénéficiaire à 7h50 (avec qui elle s'est mis d'accord auparavant pour arriver plus tôt). La motivation de cette **stratégie de prise d'avance** tient au fait qu'elle prévoit que le déplacement (en voiture) entre la 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> intervention sera plus long que les 10 mn prévues (travaux en Centre Ville + jour de marché = difficultés de circulation et de stationnement), que le 4<sup>ème</sup> bénéficiaire « *n'est pas commode sur les horaires* » et que ses interventions du matin s'enchaînent sans coupure.
- 2) Ayant perdu un peu de temps pour trouver le domicile du 2<sup>ème</sup> bénéficiaire qu'elle ne connaissait pas, elle va chercher à **réduire son temps de déplacement** suivant : en allant plus vite (« *je sais que c'est dangereux et que souvent ça fait pas vraiment gagner de temps, mais c'est psychologique* ») et stationner sur un bateau (les AD n'ont aucune autorisation ou dérogation pour le stationnement, ni de faveur particulière de la police municipale, les PV sont à leur charge)
- 3) Au cours de sa 3<sup>ème</sup> intervention, elle reçoit un appel du bureau lui signalant l'annulation de l'intervention suivante par le bénéficiaire. Pour autant, elle ne demande pas au bureau d'appeler son dernier bénéficiaire de la matinée pour l'avancer car sait qu'il n'aime pas qu'on arrive en avance et « *en plus, il (le dernier bénéficiaire) n'est pas très facile et j'avais envie de souffler un peu avant d'aller le voir* ».
- 4) Dans sa 2<sup>ème</sup> intervention de l'après-midi, la bénéficiaire lui demande d'effectuer un travail supplémentaire, prévu initialement pour le surlendemain ; ayant une longue coupure (« *temps mort* ») après elle accepte et finira son intervention avec un **retard de 10 mn**. Toutefois, le temps d'intervention pointé sur le terminal de télégestion inclura ce dépassement, en accord avec la bénéficiaire chez qui elle fera 10 mn de moins le surlendemain. Le bureau sera prévenu par téléphone après l'intervention.
- 5) Après avoir occupé sa coupure à « *faire des courses et trainer pour passer le temps* », elle attaque sa dernière intervention du soir, **10 mn plus tôt** que prévu (celles-ci sont toujours consacrées à l'aide au repas et au coucher, l'horaire ne peut donc pas être beaucoup avancé), qu'elle achève à 18h40.

Cet exemple illustre notamment des stratégies portant sur les horaires (prise d'avance, gestion des retards) ou sur la gestion de l'impact des aléas liés aux déplacements (plus ou moins anticipables), des stratégies de récupération et les marges de manœuvre dont elles disposent pour les utiliser.

D'autres stratégies vont concerner le contenu de l'intervention elle-même, déployées grâce aux compétences évoquées plus haut, elles ont pour but l'optimisation d'un temps de travail contraint.

Cette optimisation peut viser à « ne pas perdre du temps » : la durée de l'intervention est trop juste par rapport aux tâches à réaliser ; ou à « gagner du temps » : réaliser les tâches prescrites plus rapidement me permettra de dégager du temps pour faire autre chose avec le bénéficiaire tout en ayant « *fait mon travail* ».

De nombreuses stratégies portent sur l'organisation du travail pendant l'intervention (faire plusieurs choses à la fois, réduire le nombre de déplacements, organiser logiquement les tâches entre elles,...), elles mobilisent des compétences pointues et sont particulièrement observées (et verbalisées par) les plus anciennes AD. Toutes s'accordent à dire que l'expérience est protectrice et qu'elles ont « *appris à travailler plus vite avec le temps* ».

« *Quand c'est grand (le domicile) je sais que je n'ai pas le temps de tout faire, alors je fais en priorité les pièces de vie et, dans le temps qu'il me reste, alternativement les autres pièces* » ; « *Je me fixe un temps pour faire la poussière, pour passer l'aspirateur, ...* ».

« *Je lui fais toujours faire quelques pas entre son fauteuil et la salle de bain, ça me permet de savoir si elle est fatiguée, parce que si c'est le cas, je sais que la toilette debout va prendre trop de temps, alors on la fait assise dans la douche* » ; « *Je regarde toujours d'abord ce qui est prévu pour le repas (apporté par le service de portage à domicile), comme ça je prévois le temps qu'elle va mettre à prendre son repas* » ; « *Une fois, j'avais 30 mn (prévue pour l'intervention) et j'avais un trou derrière, comme il y avait eu des travaux le WE, il y avait beaucoup de choses à faire donc je suis restée une heure, je n'ai appelé le bureau qu'après parce que je savais qu'elle avait donné son accord pour le dépassement* » ; « *parfois, je fais prévenir le bureau que je serai en retard, ça dépend qui c'est* » (Des AD, en auto-confrontation après observations ou en temps collectifs)

On voit à travers ces verbalisations la richesse de ces stratégies mais également combien elles reposent sur la connaissance fine du cas. Le niveau de connaissance peut être alors considéré comme un pré-requis à l'activité (Falzon et Lapeyrière, 1998).

Cette limite rend ces stratégies plus compliquées voire impossibles à mettre en œuvre dans une intervention auprès d'un bénéficiaire moins connu (remplacements, bénéficiaires vus en roulement (samedis), interventions de faible fréquence). Par ailleurs, pour les bénéficiaires occasionnels, l'anticipation est impossible car même la prescription fine n'est pas connue à l'avance.

« *Le samedi, je n'aime pas aller chez les gens que je ne connais pas, j'ai pas mes repères et je perds du temps, et le samedi, on n'a pas de temps à perdre* »

« *En remplacement, le fait d'avoir à expliquer pourquoi on fait comme ça au bénéficiaire (différemment de l'AD habituelle) nous fait perdre du temps* »

Après avoir géré l'insatisfaction du bénéficiaire à voir un intervenant différent, l'intervention chez un bénéficiaire mal connu commence toujours par un temps de validation de l'ensemble des tâches à effectuer pour avoir une vision globale de l'intervention et du repérage des moyens à disposition. Cette phase est parfois d'une durée significative amputant le temps d'intervention. Puis viennent quelques questions de l'AD lui permettant d'évaluer le niveau d'exigence et les attentes réelles (« *la chambre (que vous me demandez de nettoyer), elle est très sale ou pas ?* », « *et si j'ai fini avant l'heure, vous voulez qu'on fasse quelque chose ?* », suggérant avec le « on », une activité plus sociale).

D'autres stratégies, fréquemment mises en place, consistent à gérer les tâches à effectuer à l'échelle de la semaine ou de la quinzaine : « *quand je n'ai pas le temps de faire, je sais que je reviens 2 jours après, alors je prévois de le faire* », « *pour lui, je fais plutôt les courses le jeudi parce qu'il y a trop de monde chez Leclerc le lundi* ». Les AD disposent d'une grande autonomie pour organiser leur travail mais cela suppose d'en être non seulement l'intervenant principal mais dans certains cas aussi le seul. Une AD ne peut pas reporter une tâche à l'intervention suivante si ce n'est pas elle-même qui l'assure (sauf rares exceptions liées à la qualité de la relation personnelle avec sa collègue).

« *On se sent plus maître de son organisation quand on est seule à intervenir* » ; Une AD comparant avec son expérience en maison de retraite : « *En structure, on fait les choses de manière très mécanique, tout est programmé, on ne peut pas trop prendre d'initiatives ni organiser son travail, on ne peut pas choisir de faire des choses aujourd'hui plutôt que le lendemain ; à domicile, c'est très différent on est plus autonome* ».

Des AD vont parfois faire appel au bureau dans le cadre d'une régulation à chaud (faire prévenir d'un retard, demander à reporter ou se faire remplacer « au pied levé » auprès du bénéficiaire suivant pour pouvoir prolonger une intervention) ou dans le cadre d'une anticipation sur les interventions à venir. Une AD nous dit : « *le vendredi je regarde mon planning de la semaine (suivante) et je vois s'il y a des problèmes, je demande à les changer* », les « problèmes » peuvent concerner des déplacements (trop longs), des informations qu'elle détient inconnues de la responsable de secteur donc non prises en compte (Mme X voudrait que je lui fasse un shampoing, il faut prévoir plus de temps ; M. Y aime bien regarder une série TV qui commence à telle heure,...).

À froid, il est possible également d'envisager le rallongement (ou le raccourcissement, voir ci-dessous) d'une prestation, assez lourde et nécessairement motivée, la procédure n'est engagée qu'assez rarement.

### **Trop de temps ?**

Il arrive assez fréquemment que la pression du temps soit constituée par un excès, l'AD a trop de temps pour faire ce qui est prévu. Dans certaines situations, l'excès n'est pas confortable.

« *Avec certains, on prend notre temps, parce que s'il reste du temps, ils vont nous demander de faire quelque chose en plus de ce qui était prévu* » ;  
« *Des fois on a trop de temps, mais on n'a pas toujours la possibilité de consacrer le temps supplémentaire pour de l'échange* » (pression des familles)

« Si on part en avance, on ne peut pas pointer (avec le terminal de télégestion) parce que ça décale tout, je suis obligée d'attendre l'horaire correct pour pointer, mais les gens ne comprennent pas pourquoi je reste alors que j'ai fini le travail »

Notons que cette notion de « temps en trop », est clairement liée à l'utilisation du système de télégestion.

### Comment la tension sur le temps interroge la qualité du travail :

Les échanges en groupe de travail ont permis d'aborder la question de la qualité en partant d'une réflexion sur les régulations mises en place pour faire face à la contrainte temporelle.

Nous sommes partis de la tension sur le temps puis avons réfléchi aux options de régulation habituellement envisagées par les AD, cela nous a conduits à élaborer le schéma suivant.

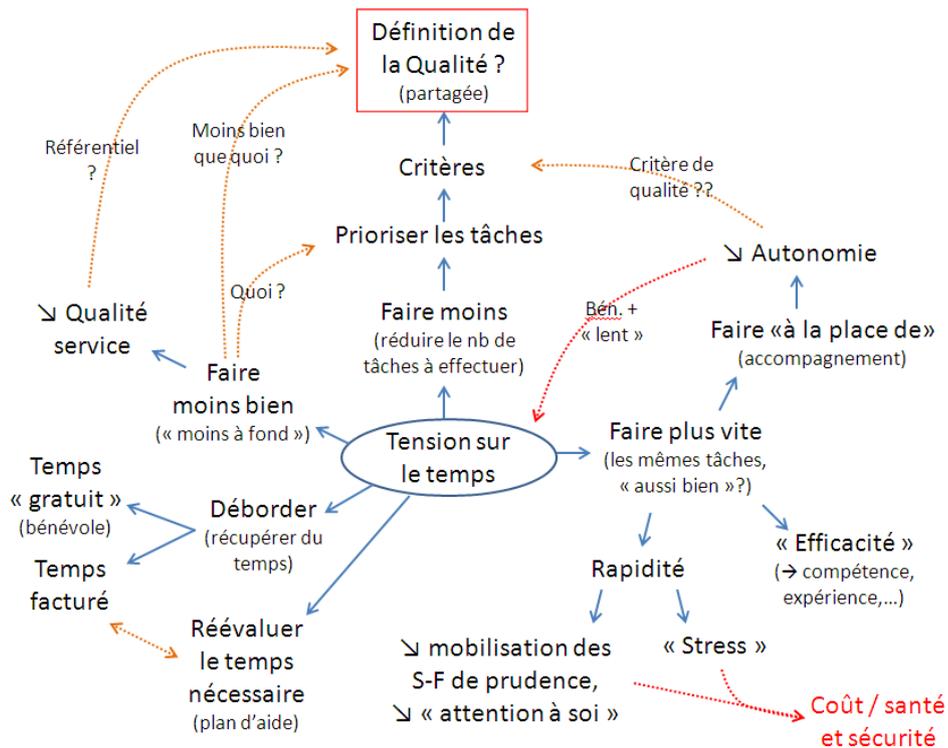


Figure 23 : Résultat de la réflexion en groupe de travail sur les régulations des contraintes temporelles et leurs effets

La construction du schéma a permis de faire un lien entre l'organisation du travail et la notion de qualité de service jusque là peu présente dans les débats. L'axe vertical nous a permis d'introduire la nécessité d'une réflexion sur le « travail bien fait » menant vers une définition qui soit collectivement élaborée et partagée par tous les acteurs.

Il est intéressant de constater que sur ce schéma, on peut retrouver les différents pôles de la relation de service évoqués en ch.3.2 (figure 5) : soi, le bénéficiaire et le système ; le pôle « autrui » y apparaît à travers la notion de référentiel collectif.

## 6.5. Des conflits de représentations, et donc d'objectifs : la question de l'identité professionnelle

« Ça veut dire quoi être aide à domicile ? », la question ainsi posée en temps collectifs renvoyait à la question du sens du travail.

Pour la quasi-totalité des AD du service, la mission principale est de nature sociale, l'activité ménagère est positionnée comme secondaire, et est évoquée par certaines comme le « moyen de la relation ». « *On est là pour aider les gens* » ; « *Quand on arrive les gens sont heureux* » ; « *Ce qui nous fait le plus plaisir, c'est quand on voit des progrès et qu'on se dit qu'on y est pour quelque chose* ».

Le fait de redonner à des bénéficiaires des facultés perdues (inutilisées) contribue à valoriser leur rôle social, leur activité étant parfois présentée par la directrice du CCAS comme celle d'un professionnel de santé, rôle dans lequel les AD ont cependant du mal à se reconnaître.

La part de leur activité liée à l'accompagnement social est très clairement leur lieu d'épanouissement professionnel. Il n'est pas pour autant question de vouloir ne faire que du social, elles ne conçoivent pas leur métier sans la part technique qui l'accompagne et qui justifie l'aide apportée. Parmi les situations qui leur paraissent les plus difficiles à accepter : celle d'avoir à faire quelque chose chez un bénéficiaire qu'il pourrait très bien faire tout seul et celle de ne rien avoir à faire.

Mais cette activité leur paraît souvent empêchée ou limitée : « *Mais ce qu'on préfère, c'est pas forcément ce qu'on fait le plus* ».

Empêchée par une attente des bénéficiaires qui ne correspond pas toujours à ce qu'elles voudraient mettre en avant : « *c'est difficile de s'investir dans un service que les gens ne demandent pas, de faire leur bien malgré eux* ».

Elles revendiquent leur positionnement (« *je suis aide à domicile, ni aide-ménagère ni assistante sociale* »), et regrettent que les bénéficiaires n'aient pas toujours le même point de vue sur leur rôle et sur leurs compétences (voir plus haut).

« *Je suis aide à domicile, mais pour les bénéficiaires je suis femme de ménage* »

« *Ce qui me motivait le plus (avant l'embauche), c'est l'échange avec la personne, c'est ça que je m'imaginai au départ, mais aujourd'hui je suis un peu déçue parce que je ne suis pas vue comme ça par certains bénéficiaires, même par la plupart, je me sens rabaissée* »

« *Des fois on me reproche d'être en retard ! Mais on n'est pas à leur service, on est là pour les aider* »

De ce conflit de représentations naît un conflit d'objectifs : en fin de compte quelle est ma mission ? Faire ce que je crois bien pour le bénéficiaire, en accord avec les valeurs prônées par le service ou faire ce que le bénéficiaire me demande (« le client est roi ») ?

À quoi bon vouloir prouver qu'on est compétent pour autre chose s'il n'y a pas de demande ?

Dans certains cas, où le bénéficiaire se positionne vis-à-vis de l'AD comme l'employeur d'une technicienne d'entretien, on peut se questionner sur la notion de « sincérité de la demande », condition à l'établissement d'une relation d'aide « instituée socialement » (Falzon et Lapeyrière, 1998), et à son évaluation préalable.

La qualité de la relation au bénéficiaire est éminemment dépendante de cette entente sur le rôle à jouer et de la **reconnaissance sociale** qu'il accorde, ou pas, à l'AD. Cette qualité de relation a un impact direct sur la charge psychologique de l'intervention.

« *Quand j'arrive chez lui, je suis tellement angoissée qu'avant de sonner à la porte, je prends une grande respiration et un petit moment pour me préparer* »

Ce conflit d'objectifs, jamais tranché, vient également polluer les relations entre collègues qui s'y inscrivent de manières différentes : « *Une fois j'ai dû échanger longtemps avec un monsieur qui n'allait pas bien, j'ai passé une heure à parler avec lui et le ménage n'a pas été fait ; le lendemain la collègue qui venait a appelé le bureau pour gueuler que le ménage n'avait pas été fait* »

Ces conflits sont portés de manière individuelle du fait de l'isolement professionnel des AD et peu abordés de manière collective. La « solitude » qu'elles disent ressentir malgré une activité centrée sur le contact humain relève de cet isolement et de la faiblesse des opportunités de débattre du travail avec d'autres collègues (« *On n'a pas toutes la même vision du métier* »).

Par ailleurs, la part sociale de l'activité peut également être empêchée par les contraintes qui pèsent sur l'organisation du travail, on vient de le voir pour les contraintes temporelles, quand bien même le bénéficiaire en serait demandeur.

L'analyse de l'activité nous a donc amenés à analyser les processus et l'organisation.

## **6.6. Analyse de « l'activité » de l'organisation**

### *6.6.1. Des outils de gestion du personnel et de suivi de l'activité de qualité inégale :*

À l'analyse des données documentaires, nous avons constaté la pauvreté de certains de documents (DU, indicateurs absentéisme,...) ou leur inexistence (données relatives aux accidents de service, rapport annuel de MPP,...) et les incohérences de certaines données entre elles (données sociales, prestations, temps de travail,...), montrant la difficulté pour le service de mettre en place des outils de suivi du personnel et de l'activité fiables et efficaces<sup>28</sup>. Cette difficulté, liée au manque de temps à y consacrer, de compétences et d'appétence en la matière, s'associe avec la rigidité déjà évoquée des progiciels de gestion, principale ressource de données, laissant peu de possibilités d'appropriation.

Un des objectifs de l'intervention ergonomique, et notamment de sa part consacrée au « groupe encadrement », étant de permettre à l'organisation de prendre du recul sur elle-même. Dans le cadre de l'approche « formation-action », nous avons travaillé avec ce « sous-groupe de travail » sur les données nécessaires à rendre visibles et évaluables afin de mieux suivre les effectifs et leur activité.

La même réflexion a été entreprise sur certaines transformations récentes (sectorisation, cahier de liaison,...) avaient été mises en place sans envisager les moyens de leur évaluation.

Par exemple, la sectorisation réelle était observée une fois par an, en coloriant les plannings imprimés pour dissocier pour chaque AD, le nombre de bénéficiaires sur son secteur. Mais le nombre de déplacements impliquant un changement de secteur n'était pas investigué. Nous

---

<sup>28</sup> Par ailleurs, certaines données sont traitées par la DRH de la Ville mais sans dissociation des agents du CCAS, encore moins du SAAD, donc sans utilité pour le suivi fin des effectifs du service.

avons donc refait ensemble ce travail pour s’apercevoir que le bilan était en décalage avec la représentation que l’encadrement s’en faisait (voir annexe 4).

### 6.6.2. La gestion des tensions sur les effectifs

Le service et en particulier les acteurs en charge de la planification des interventions ont à faire face à des tensions sur les effectifs disponibles sans pour autant pouvoir parler d’un sous-effectif. Ces tensions résultent des difficultés de recrutement, des absences des AD (maladie, congés, RTT ou récupération), de leur indisponibilité ponctuelle (formations, réunions), etc. La polyvalence relative des AD (restrictions d’aptitude, compétences, problèmes relationnels avec certains bénéficiaires,...) vient accroître ses tensions sur l’organisation ; de même que son statut d’acteur public, associé à la double exigence du politique « pas de liste d’attente / pas de déficit » et à une certaine forme d’obligation d’accéder à toutes les demandes de prise en charge, y compris en urgence.

Afin d’amener l’encadrement et le reste du groupe de travail dans une réflexion globale sur ces questions et une mise en perspective des pratiques, deux travaux ont été menés en groupe de travail (au complet) à partir de problématiques relevées dans l’analyse de l’activité : une réflexion sur les modalités de gestion des absences et leurs impacts sur l’activité des AD et une seconde autour du nombre de bénéficiaires différents pris en charge par AD.

Le **premier temps de réflexion** sur les régulations mises en place pour pallier les absences et leurs effets a donné lieu à la synthèse graphique suivante, mettant en évidence des boucles instaurant un cercle vicieux et l’intégration de coût sur la santé des AD à l’équation globale.

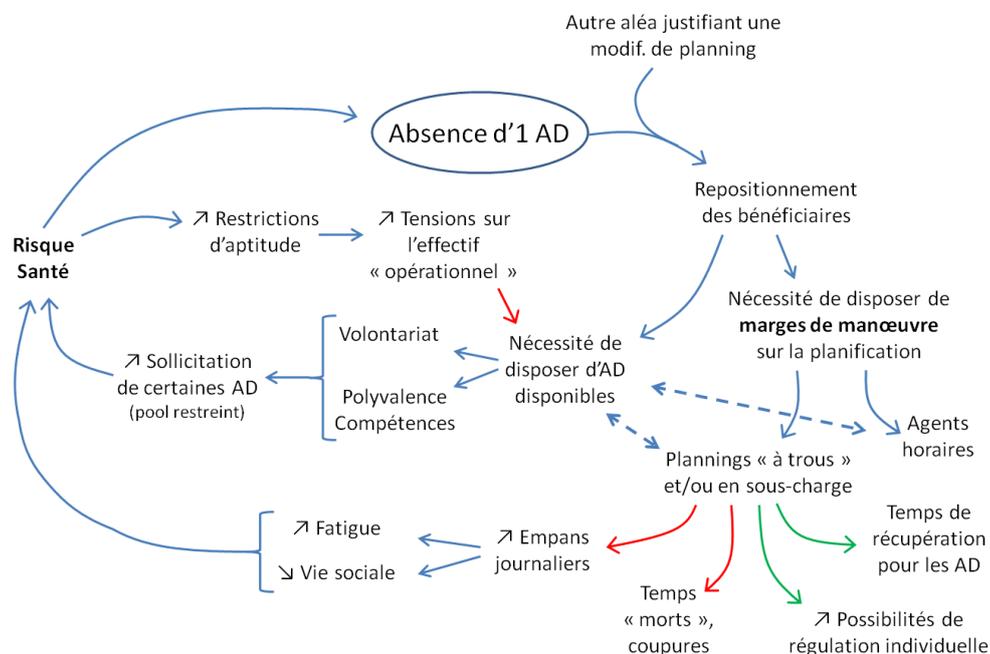


Figure 24 : Résultats de la réflexion en groupe de travail sur les régulations des absences et leurs effets sur l'activité des AD

On remarque un point, qui n’a pas été mentionné jusqu’ici, en lien avec la gestion des remplacements : pour remplacer une AD auprès d’un bénéficiaire, le bureau (la responsable

de secteur le plus souvent) va en solliciter une ou plusieurs autres pour avoir leur accord avant de modifier leur planning (ou d'y « insérer » un bénéficiaire). Cette opération, qui se fait souvent dans l'urgence (le jour même ou quelques jours d'avance) suppose que certaines acceptent cette surcharge de travail (heures supplémentaires ou insertion dans une coupure). Par expérience, la responsable de secteur sait qui, parmi les AD les plus polyvalentes, accepte souvent ou toujours et qui refuse systématiquement<sup>29</sup>. Par économie de temps, elle n'appellera donc que celles auprès de qui la probabilité d'accord est la plus grande, c'est-à-dire toujours les mêmes. Celles-ci se retrouvent hyper-sollicitées, accumulant des heures supplémentaires et donc de la fatigue et des jours de récupération.

Le **second temps de réflexion** en groupe de travail a donc porté sur le nombre de bénéficiaires différents pris en charge, c'est-à-dire le nombre de situations différentes à connaître et mémoriser, ses déterminants et ses conséquences sur l'activité des AD. Il a donné lieu à la synthèse graphique suivante qui en retrace la construction.

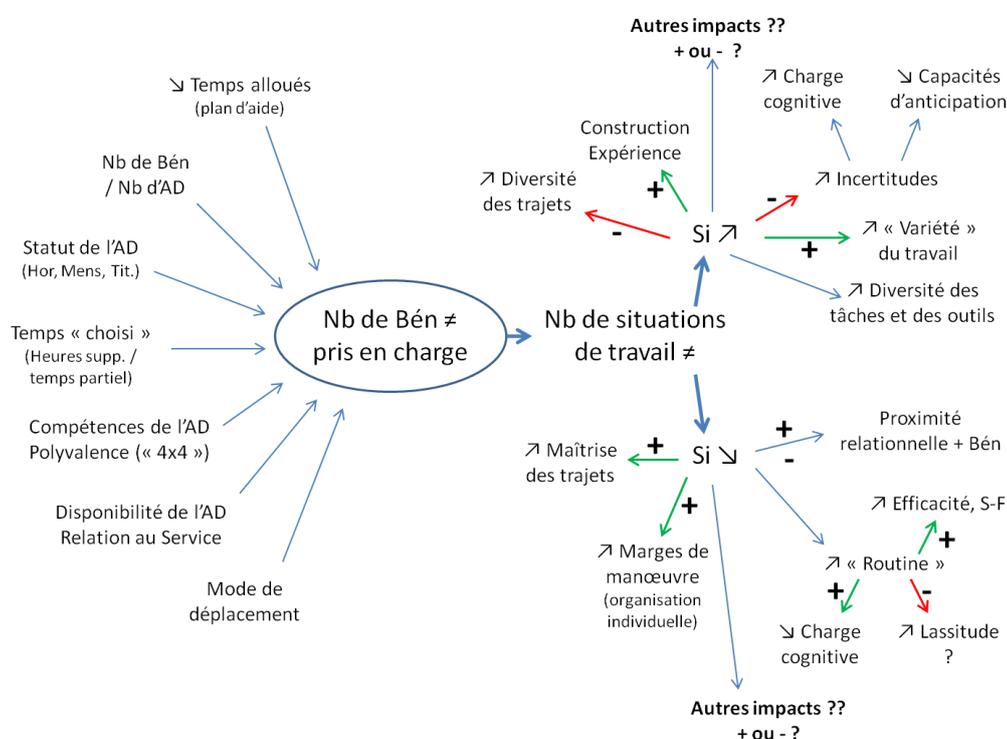


Figure 25 : Résultats de la réflexion en groupe de travail sur le nombre de bénéficiaires différents pris en charge, déterminants et conséquences<sup>30</sup>.

### 6.6.3 Evaluations initiales des situations à prendre en charge et circulation des informations

On a vu le caractère déterminant du niveau de connaissance sur la situation que peut en avoir l'AD avant son intervention sur son activité et la charge de travail.

<sup>29</sup> Des stratégies sont mises en place également par les AD à ce sujet, par exemple : « des fois, le bureau me propose de remplacer une collègue à un horaire qui ne m'arrange pas du tout, mais j'accepte quand même parce que le jour où j'aurai une faveur à demander ça jouera pour moi ».

<sup>30</sup> Dans le graphique, "Bén" = bénéficiaire ; "S-F" = savoir-faire. Le terme d' "AD 4x4" a été créé à l'occasion pour désigner les professionnelles dont la compétence et la polyvalence est telle qu'on sait pouvoir les envoyer sur n'importe quelle situation.

Ces connaissances sur une situation peuvent provenir de l'évaluation initiale, faite par la responsable de secteur (plus ou moins finement selon l'organisme financeur), et de l'expérience que l'AD qui la prend en charge construit au fil des interventions.

Si l'évaluation initiale de la situation est fine, qu'elle est transmise à l'AD et que celle-ci y intervient seule et un certain temps, le niveau de connaissance dont elle dispose sera optimal.

Le problème se pose dans les autres cas, les plus fréquents.

Les évaluations initiales sont souvent rapides, du fait de la redondance avec celle du financeur. Elles ne sont jamais formalisées par un écrit ni harmonisées via une grille d'évaluation. Les informations ne sont en général que partiellement transmises, oralement, de la responsable de secteur, qui en filtre une partie selon ses critères, à l'AD, qui n'en assimile ou retient qu'une partie.

Notons que cette absence d'une formalisation harmonisée et procéduralisée des évaluations initiales ne sera pas acceptable lors du processus règlementaire d'évaluation interne / externe qui contient de nombreuses exigences de formalisation (évaluation, plan d'accompagnement personnalisé détaillé et mis à jour,...).

Les connaissances détenues par l'AD acquises lors de son expérience de la situation ne servent qu'à elle tant qu'elles ne sont pas transmises aux collègues co-intervenantes (remplacement ou prise en charge à plusieurs AD) et tant qu'elles ne sont pas remontées au bureau pour la mise à jour des connaissances détenues par l'organisation.

À ce sujet, certaines AD nous ont dit leur ressenti fréquent que les informations qu'elles remontaient sur une situation « *n'avaient pas l'air d'intéresser* » leurs interlocuteurs au bureau et que lorsqu'elles donnaient une information appelant une suite à donner par le bureau elles n'avaient pas de retour sur la suite donnée.

Ce rôle des AD dans la remontée d'informations apparaît indispensable à l'organisation pour lui permettre une connaissance, à jour, des situations prises en charge et donc pour garantir la qualité du service. Pourtant, le bureau n'apparaît pas comme en attente de ce rôle et aucun outil ni temps formalisé n'a été mis en place pour favoriser ces remontées ou signifier son intérêt.

En groupe de travail, une réflexion a donc été initiée sur cette dimension de la construction et la mise à jour de connaissances diffusables. Elle s'est faite en deux temps : en premier lieu dans le cadre d'une réunion en présence de l'ergonome et ensuite, la réflexion s'est poursuivie dans une réunion « autonome » du groupe (sans l'ergonome).

À la première de ces réunions, après avoir montré la nécessité pour l'AD de disposer d'informations pertinentes pour travailler en de bonnes conditions, nous avons posé la double question : Qu'est-ce qui est nécessaire pour y parvenir et qu'est-ce que ça changera ?

Le résultat de la réflexion est représenté sur la synthèse graphique suivante.

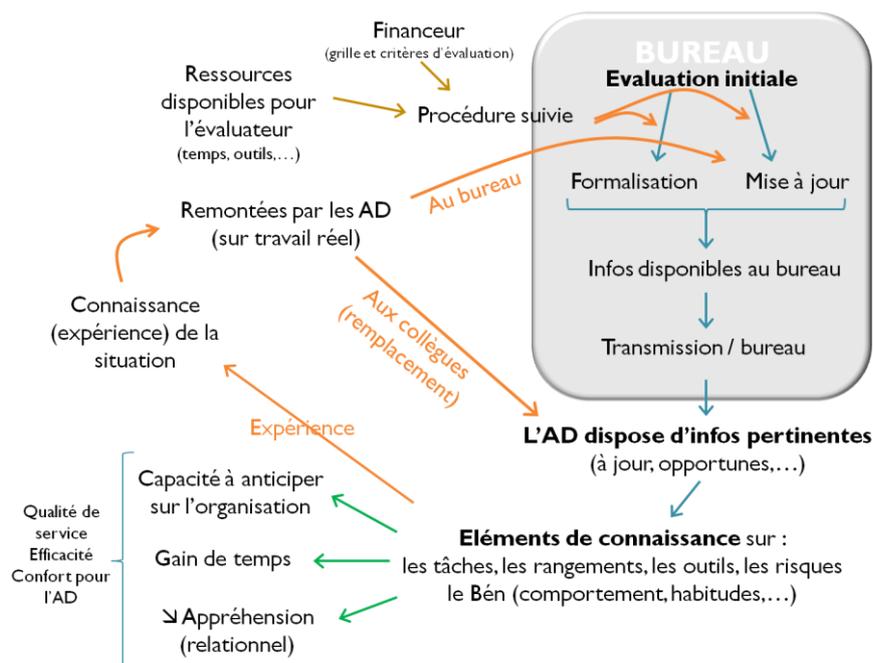


Figure 26 : Résultats de la réflexion en groupe de travail sur la construction des connaissances opératives et la circulation des informations

Puis nous nous sommes interrogés sur quoi portent les connaissances dont l'AD doit disposer ? Cette seconde question a donné lieu à une première liste de types d'éléments de connaissances nécessaires : des connaissances sur les modalités d'accès ; sur les tâches à effectuer ; sur les outils disponibles (nature, emplacement, état,...) ; sur la santé du bénéficiaire et son niveau d'autonomie ; sur le domicile ; sur les relations au bénéficiaire et à sa famille ; sur les « manies » et habitudes de vie du bénéficiaire ; sur le plan d'aide.

Le temps suivant de la réflexion, en réunion « autonome », pour lequel nous avons proposé une « feuille de route » pour aider les acteurs à poursuivre la réflexion, a amené le groupe de travail à produire un tableau détaillant le niveau de connaissance requis, pour chaque catégorie listée ci-dessus, selon que l'AD est : la référente, une des intervenantes habituelles, une intervenante occasionnelle, une nouvelle référente (prise en charge d'un nouveau bénéficiaire), ou une remplaçante qui n'est jamais intervenu sur la situation.

Le groupe a également travaillé sur des outils permettant le recueil, la formalisation et la transmission de ces éléments.

#### 6.6.4. Les temps de réunions, transmissions : quelle place pour la construction d'un travail collectif ?

Les réunions d'équipe sont rares et irrégulières, elles sont surtout le lieu d'une transmission descendante des informations. Les comptes-rendus des groupes de parole montrent des échanges centrés sur le vécu du métier (la notion de reconnaissance sociale est prépondérante) et le ressenti de situations difficiles mais abordant finalement peu le contenu du travail.

Hormis ces temps et quelques réunions rassemblant les AD intervenantes autour d'une situation lorsque celle-ci pose problème, l'organisation laisse globalement peu de place à des échanges d'expériences ou de débats sur le métier.

Mais le service doit faire face à un **dilemme économique** conditionnant ses capacités de coordination et ses marges de manœuvre dans la construction d'une activité collective. Les recettes (hors subvention municipale d'équilibre) ne proviennent que du temps facturé, dont le tarif est fixé par les financeurs (CG pour l'APA<sup>31</sup>) et ce temps facturé correspond au temps passé chez le bénéficiaire. Tout temps de coordination formalisé est donc un temps payé à l'AD mais que le service doit prendre en charge sur ses fonds propres. L'équilibre budgétaire étant difficile à atteindre, chaque projet de réunion doit intégrer une réflexion sur son coût.

L'essentiel des temps de coordination se fait donc **en temps masqué**, passé par l'AD mais non rémunéré, par téléphone ou lors de passages des AD au bureau ; passages que l'organisation peut difficilement imposer, puisqu'ils se font sur un temps non rémunéré.

La plus grande part des communications entre AD et encadrement se fait principalement **de manière informelle**. Que ce soient les communications ascendantes ou descendantes, lorsque des informations remontent du terrain ou que d'autres doivent être communiquées à certaines AD, l'expression est toujours orale (par téléphone ou au bureau), révélant également un mode de communication préférentiellement centré sur la relation humaine directe (sans qu'on note de réelles difficultés à la communication par l'écrit) et s'accommodant mal des exigences de traçabilité.

Les informations sont alors détenues par la personne du bureau qui les reçoit (« *on donne les infos à celle qui est là* » (une AD, en parlant des personnels administratifs), « *souvent entre deux portes* ») dans l'état de disponibilité où elle se trouve et la prise en compte ou la transmission de ces informations est largement déterminée par ces éléments. L'encadrement reconnaît que nombre d'informations se perdent de cette manière.

Les agents sont invités à passer régulièrement au bureau mais finalement peu le font spontanément. Elles passent pour la plupart chercher le planning papier en fin de semaine (même si elles sont équipées du terminal de télégestion) ou par nécessité (par ex. récupérer les clés d'un bénéficiaire ; des documents à transmettre,...). Signalons que les horaires d'ouverture du bureau correspondent à peu près aux horaires de travail des AD et qu'il ferme sur la pause méridienne.

Le déficit de communication opérative et de coordination se manifeste parfois par des « ratés » organisationnels ou des incompréhensions.

« *Quand on a un renfort, on n'est pas prévenues à l'avance et souvent on comprend pas pourquoi une collègue a été positionnée sur cette intervention* », « *Une fois j'ai vu une collègue débarquer 20 mn après moi chez un bénéficiaire pour un renfort, mais je n'étais pas au courant et l'horaire avait été avancé et le bureau lui avait pas dit* »

En échangeant avec une AD, contractuelle, qui disait ne pas apprécier le fait qu'on lui affecte parfois un « doublon » pour certaines interventions (renfort ponctuel pour alléger une charge estimée trop importante par le bureau), nous avons compris qu'elle pensait que la rémunération

---

<sup>31</sup> Le tarif fixé annuellement par le Président du CG varie d'un département à l'autre et d'un service à l'autre au sein du département, il est en général dans une fourchette comprise entre 16 et 20 €/heure.

de l'intervention (la durée prise en compte) serait divisée en deux, ce qui n'est bien entendu pas le cas.

Les cahiers de liaison ne sont pas réellement consultés par le bureau (ou occasionnellement), il n'y a pas d'harmonisation des pratiques quant à son usage : « *normalement ce qu'on note, c'est ce qui est différent de ce qu'on aurait dû faire* » (mais chaque AD a un avis différent sur la question) ; « *il paraît, d'après le bureau, que ce n'est pas bien de noter les choses qu'on n'a pas pu faire* » (vis-à-vis de la famille, alors que ça pourrait être utile aux collègues), cette remarque signifiant l'imprécision de la procédure et questionnant sur la cible de la communication et donc l'objectif de l'outil.

## **7. SYNTHÈSE ET DIAGNOSTIC**

Les contraintes qui pèsent sur l'activité des AD sont susceptibles de constituer des atteintes à la santé.

Les sollicitations physiques sont effectives mais des stratégies de protection performantes mises en place, en particulier par les AD plus expérimentées, pour y faire face permettent d'éviter ou de soulager les astreintes qui pourraient en résulter. Toutefois, ces stratégies et leurs efficacités sont tributaires de l'existence de marges de manœuvre qu'il convient de préserver voire d'élargir.

La grande qualité du travail effectué par les AD, leur performance dans l'atteinte des objectifs du service ainsi que les stratégies de protection de leur santé dépendent largement de la mise en œuvre de compétences sociales déployées de manière complémentaire aux compétences techniques requises par les tâches à effectuer. La prévention des atteintes à la santé et l'efficacité du service gagnera encore à la valorisation et au développement de ces compétences.

Beaucoup d'éléments ont déjà été mis en place par le service et par les AD faisant ressource pour l'activité, et permettant en particulier la régulation des contraintes physiques et de leurs effets sur la santé. Cependant il apparaît que la pénibilité du travail des AD repose aussi largement sur des difficultés dans la construction d'une identité professionnelle.

La communication a pour racine « mettre en commun ». La qualité des communications entre les acteurs internes apparaît comme une ressource à développer, pré-requise pour la construction collective de l'activité.

La réflexion entamée autour de la définition de la relation au bénéficiaire et de son interaction avec l'AD est à poursuivre. La nature de cette relation est au cœur du travail des agents et en détermine bien des aspects.

Le groupe de travail, cible de la formation-action, a acquis des compétences en analyse du travail et en prévention des risques, il doit rester un interlocuteur de référence dans les réflexions entreprises en la matière.

En lien avec les instances de décision municipales, le SAAD a un engagement fort et revendiqué envers les valeurs du service public. Les exigences qui résultent de cet engagement ont un impact sur l'activité des agents et la qualité du service rendu, les autorités politiques

devront continuer à suivre avec attention l'adéquation entre les contraintes générées par les décisions prises et les ressources allouées pour permettre aux acteurs de terrain de tenir ce service public de qualité sans se mettre en danger.

Les liens avec d'autres acteurs, déjà construits dans un réseau local, sont appelés à se développer en relation avec les réflexions politiques en cours<sup>32</sup> sur la gouvernance du secteur. L'évolution vers le renforcement de la pluridisciplinarité des prises en charge, déjà amenée par les réglementations précédentes, sera à intégrer dans les réflexions sur l'activité de terrain, sur les outils du travail et l'évolution des compétences.

## 8. PISTES D' ACTIONS DE TRANSFORMATIONS

Au-delà de simples préconisations, les pistes d'action suivantes ont été construites pour la plupart avec le groupe de travail en envisageant en même temps leurs possibilités concrètes de mise en place. Les actions en cours ou déjà mises en place sont signalées par un astérisque.

En lien avec les acteurs internes de la prévention :

- Installer le groupe de travail dans une fonction pérenne de contribution aux réflexions sur les conditions du travail, dont la mission sera identifiée par l'ensemble du collectif. \*
- En plus du groupe de réflexion sur les conditions de travail, confier à une personne physique, appartenant au groupe, le rôle d'acteur « référent » de la prévention des risques professionnels. Etablir le lien entre celui-ci et l'animateur de prévention de la collectivité.\*

En lien avec l'évaluation et la connaissance des situations, l'évaluation de la charge de travail et leur prise en compte dans l'organisation :

- Construire les modalités d'évaluation initiale et de suivi des situations (réévaluations) en lien avec les exigences réglementaires (PAP) et avec une formalisation permettant la transmission des informations. \*
- Dégager du temps à la responsable de secteur pour réaliser ces évaluations. \*
- Introduire dans le processus d'évaluation initiale, une évaluation de la charge physique de travail requise par les tâches envisagées en fonction des éléments de la situation potentiellement déterminants, y intégrer notamment la notion de « nettoyabilité » du logement, selon différents critères à poser. Cette évaluation serait codifiée (en 3 ou 4 niveaux) et prise en compte dans la planification des interventions afin d'éviter la succession d'interventions particulièrement sollicitantes sur le plan physique. \*
- Accompagner l'évaluation initiale d'un repérage des dangers, au domicile du bénéficiaire, susceptibles d'entraîner des risques professionnels pour l'AD. Faire réaliser cette évaluation par un acteur interne particulièrement sensibilisé aux questions de prévention et aux particularités du métier d'AD (l'acteur « référent » en prévention). \*

---

<sup>32</sup> Voir notamment le Rapport « Poletti » : Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles. Mission confiée à Mme B. Poletti, Députée des Ardennes, par Mme la Ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale. Rapport de mission remis en janvier 2012.

- Développer les liens avec les organismes financeurs pour faciliter les réévaluations de situation (plan d'aide, temps alloué, durées d'intervention).

En lien avec les ressources disponibles en situation pour les AD :

- Poursuivre la réflexion collective sur les outils du travail, identifier les caractéristiques des outils adéquats aux activités envisagées et aux utilisatrices (« cahier des charges » à remettre au bénéficiaire). Envisager les situations où le bénéficiaire n'est pas en mesure de fournir les outils appropriés (mise à disposition ?). \*
- Mettre à la disposition des AD en intervention des informations sur le plan d'aide (heures allouées, restantes, autorisation de dépassement) pour permettre une régulation sur les contraintes temporelles et une visibilité sur ses marges de manœuvre. \*
- Réfléchir au parcours d'intégration des entrants (présentation à l'équipe, aux bénéficiaires, présentation du service,...) et aux modalités de transmission de savoir-faire (tutorat, éventuellement multiple et récurrent sur la première année,...).
- Saisir l'opportunité de la réflexion à venir sur la mise en application des dispositions réglementaires (loi de 2002) pour envisager le moyen d'associer l'AD « référente » à la formalisation du projet individualisé du bénéficiaire.

En lien avec la construction d'une activité collective et le renforcement de l'identité professionnelle :

- Poursuivre le travail de réflexion collective engagé lors de l'intervention sur le rôle et les missions de l'AD. En utiliser les résultats pour l'évolution de la fiche de poste.
- Travailler en équipe sur l'élaboration de règles collectives de travail, par exemple à partir d'une réflexion sur la qualité du travail.
- Améliorer la présentation du rôle, du statut et des compétences de l'AD au bénéficiaire. Réfléchir à la formalisation de cette communication de manière participative.
- Faire un bilan systématique avec l'AD à la suite d'un arbitrage fait par le bureau dans un conflit l'opposant à un bénéficiaire.
- Réfléchir avec les instances de décision politique à une limite à poser à l'obligation de service, dans le cadre d'une réflexion sur le sens de la relation d'aide et d'une mise en adéquation des ambitions et des ressources.

En lien avec la transmission et la mise à jour des informations sur les situations :

- Systématiser lors des remplacements (à partir d'une durée de remplacement à définir) un temps de réunion entre le remplaçant, le remplacé et la responsable de secteur, permettant la transmission et la capitalisation des informations sur la situation.
- Systématiser avant toute prise en charge d'un bénéficiaire par une AD qui ne le connaît pas ou mal, la collecte d'informations de « mise à jour » auprès de l'AD qui le connaît le mieux (« référente »).
- Evaluer de manière participative les résultats de l'expérimentation du nouveau cahier de liaison. \*
- Communiquer sur l'importance des remontées d'informations sur les situations de terrain, les valoriser. Mettre en place des outils formalisés de suivi de ces remontées (expérimentation des outils conçus par le groupe de travail puis évaluation

participative).\* Communiquer sans délai sur les suites données auprès des AD qui en sont à l'origine.

- Mettre en lien ces remontées avec la notion de dépistage de situations à risque (pour le bénéficiaire et pour l'AD), les inscrire dans le cadre de la pluridisciplinarité.

En lien avec la planification du travail :

- Chercher à limiter le nombre d'intervenants différents par bénéficiaire et le nombre de bénéficiaires différents par AD. Suivre régulièrement ces données.
- Veiller à ne pas solliciter toujours les mêmes agents pour effectuer les remplacements, disposer d'un indicateur permettant de suivre ces sollicitations.
- Se donner le moyen technique d'évaluer l'écart entre les plannings prévisionnels et les plannings réalisés, chercher à réduire cet écart et/ou à augmenter les délais de prévenance des AD.
- Réfléchir aux éléments qui font considérer une AD comme plus polyvalente qu'une autre et les mettre en débat de manière participative. Envisager les éléments permettant de consolider les compétences nécessaires à cette polyvalence et prendre en compte dans l'organisation l'expérience acquise par les AD plus anciennes.

En lien avec les déplacements :

- Faire remonter le niveau de priorité de la sectorisation d'une intervention dans la hiérarchie des critères utilisés pour la planification. Mettre en place les outils permettant d'évaluer régulièrement les données concernant les déplacements des AD.
- Sur la question des modes de déplacement : adopter un positionnement clair dans la contradiction entre l'absence de prise en charge financière du véhicule et la prise en compte de son utilisation dans la planification des tâches. Poursuivre la réflexion sur les modes de déplacements doux en considérant l'impact en termes de contrainte physique.

## 9. CONCLUSION

Même si la première phase s'est conclue par les temps de restitution avant les congés d'été, l'intervention n'est pas terminée. Un accompagnement est envisagé pour la phase de mise en place des actions de transformation déjà validées, la poursuite de la réflexion sur les pistes non encore traitées et la définition d'un plan d'action prévoyant les modalités d'évaluation des changements entrepris. La dynamique reste fragile et nécessite d'être consolidée pour être durable.

Cet accompagnement pourrait voir l'installation du groupe de travail en qualité de « groupe prévention » et comporter un volet spécifique pour travailler avec l'encadrement sur les dispositions qui le concernent plus particulièrement.

Au-delà des différents documents issus de l'analyse de l'activité, les principales traces de l'intervention laissées pour le transfert (Daniellou *et al.*, 2008 p79) tiennent sans doute dans les changements opérés, en particulier pour l'encadrement et le groupe de travail, dans la manière de penser et de regarder le travail. Nous avons pu constater une évolution du groupe de travail

au long de l'intervention montrant un développement de ses compétences (collectives et individuelles) à analyser une situation de travail avec recul, nous rassurant sur la réussite de cet objectif et dissipant nos inquiétudes initiales. De même, le reste de l'équipe, sollicitée lors des temps collectifs en premier lieu comme un moyen de récupération de données du réel pour l'intervention, a montré des signes de transformation au cours de celle-ci : « *c'est la première fois qu'on parle vraiment de notre travail* » nous ont dit plusieurs AD à l'issue de la restitution finale en réunion d'équipe, semblant par là apprécier une démarche leur permettant de mieux maîtriser leur propre activité... et d'accroître leur motivation à poursuivre une réflexion sur le travail collectif.

## **PARTIE REFLEXIVE**

### **LA PLACE DE LA FORMATION-ACTION DANS L'INTERVENTION ERGONOMIQUE**

#### **Introduction**

L'intervention menée au SAAD de Villeparisis envisageait dès le départ la formation-action du groupe de travail comme un moyen à la fois au service de l'intervention et au service des buts de transformations du travail que celle-ci portait. Certaines interrogations ou difficultés qui ont germé de ce choix méthodologique initial nous ont amenés à nous questionner sur la place de la formation-action dans l'intervention ergonomique.

En préalable à cette réflexion sur la formation-action comme un moyen à la disposition de l'ergonome pour mener son intervention, nous rappellerons un élément d'histoire, et d'actualité, de la discipline qui a sans doute contribué à ce que la formation-action puisse trouver aujourd'hui sa place dans les interventions. Puis nous verrons comment, en tant que modalité particulière d'intervention et avec des objectifs différents, elle peut constituer une ressource en situation pour l'ergonome.

Selon les objectifs retenus présidant à son utilisation en tant que moyen de l'intervention, la méthodologie et la posture de l'intervenant pourront être interrogés.

#### **La formation-action et l'ergonomie, un lien historique et une actualité**

L'ergonomie s'est intéressée à la formation-action avant même l'apparition des cabinets de consultants. Au départ principalement centrée sur la formation des acteurs internes de représentation du personnel (délégués CHS puis CHSCT) en réponse à une demande des organisations syndicales, la discipline, et ses acteurs, s'est élargie progressivement vers d'autres cibles, d'autres objectifs et donc à réfléchir à l'évolution des approches.

La demande initiale des organismes de représentation visait à élargir les compétences des acteurs locaux vers une approche ergonomique du travail afin de compléter une formation classiquement construite sur une approche règlementaire, les procédures et équipements de sécurité, marquée par une approche de type « hygiéniste ». Cette volonté de donner aux acteurs de terrain un autre regard sur le travail a précédé la publication des Lois Auroux<sup>33</sup>, qui, en ajoutant le périmètre des conditions de travail aux prérogatives des délégués, ont fait de cette volonté une nécessité<sup>34</sup>.

Les ergonomes du CNAM ont notamment été sollicités dès les années 1970 dans cette direction et amenés à la construction d'une approche et de contenus pédagogiques adaptés en s'appuyant sur les connaissances produites par la discipline, sur les compétences développées pour la formation des futurs ergonomes et sur les travaux menés sur la formation professionnelle, par exemple par Jacques Leplat (Teiger, C. et Laville, A., 1991 ; Teiger, C., 1994 ; Falzon, P. et Teiger, C., 1995). L'approche pédagogique s'appuie sur les principes de la formation pour

---

<sup>33</sup> En particulier la loi n° 82-1097 (du 23 décembre 1982) relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

<sup>34</sup> Il n'en reste pas moins qu'aujourd'hui encore, nombre de formations initiales des délégués n'intègrent que rapidement cette dimension.

adultes, en particulier un apprentissage par la pratique et l'expérimentation, d'où une orientation initiale vers la formation-action.

L'objectif de ces « formations pour l'action » (Teiger, C. et Laville, A., 1991) est donc d'amener à un autre point de vue sur le travail (« changer le regard »), à une approche ergonomique de l'analyse de situations de travail en donnant des éléments de connaissance et de méthode aux participants. Teiger et Laville résumant ainsi les objectifs des formations réalisées au CNAM : « (faire) Dire, (faire) Découvrir, (faire) Structurer, (faire) Réaliser, (faire) Imaginer » (Teiger, C. et Laville, A., 1991, p.57).

Ces formations, qui duraient d'une journée (sensibilisation) à 5 jours (avec travail intersession), n'avaient pas vocation à former des ergonomes, mais de permettre aux acteurs internes de jouer leur rôle de délégués, en charge de l'analyse de situations de travail existantes ou à venir, avec un regard aiguisé sur l'investigation des écarts prescrit-réel et en disposant d'un certain nombre d'outils d'analyse et de compréhension de l'activité. Ces nouvelles compétences leur permettant de consolider une approche compréhensive du travail et de l'intégrer au dialogue social.

Les formations-actions à l'approche ergonomique de l'analyse des situations de travail se sont depuis répandues. Plus seulement destinées aux représentants du personnel, elles sont maintenant couramment proposées par différents organismes à des acteurs internes des entreprises (préventeurs ou salariés « relais de prévention », encadrants, acteurs en charge des méthodes, de la production, de la conception des situations de travail,...) avec des objectifs appropriés aux fonctions concernées. Elles sont, en général, de durées relativement courtes et orientées vers l'acquisition de compétences immédiatement opérationnelles permettant l'action des participants à leur retour dans leurs fonctions.

Quand la formation est déconnectée du lieu de travail (formation en salle, en inter-entreprises), on retrouve une limite rapportée par Teiger et Laville (Teiger, C. et Laville, A., 1991, p.61) dans le fait que la « matière première » de la formation, les éléments du travail réel, ne peuvent provenir que de la matière apportée par le formateur ou des verbalisations des participants sur leur propre travail.

Lorsqu'elles s'organisent dans l'entreprise, il est fréquent que les travaux pratiques se déroulent autour des postes réels de travail mais souvent avec une durée ou une organisation faisant que le temps sur le terrain, qui diffère de ce que seront les modalités d'action ultérieure des participants, ne permette pas d'aller très loin dans le recueil d'éléments de situation.

Cependant, comme le but poursuivi est l'apprentissage par l'expérimentation et non le résultat de l'analyse, cette limite est, d'une part non problématique, mais c'est d'autre part une possibilité pour le formateur de maîtriser sa progression pédagogique en amenant successivement (par les informations qu'il apporte ou par ses questions aux participants sur leurs propres situations) les différents éléments de la situation qu'il souhaite utiliser afin d'introduire les éléments de connaissances de façon opportune.

Notons qu'on peut attribuer des statuts différents à la formation-action, et donc des objectifs différents :

- à la formation elle-même, qui aurait par ailleurs la particularité pédagogique de se faire sous la forme d'une formation-action pour des questions d'efficacité pédagogique,

- à l'action qui sera proposée aux participants et utilisée dans la formation.

Qu'est-il attendu des résultats de l'action confiée aux participants à la formation-action ? Lorsque l'ergonome-formateur fait faire à des acteurs internes une démarche d'analyse du travail : ce qu'ils produisent a-t-il directement pour but la transformation du travail (ou la production d'un diagnostic) ? Ou bien les résultats n'ont pas directement d'intérêt, seule l'action (le fait de faire) compte en s'inscrivant dans le projet de la démarche pédagogique.

On peut voir une représentation de ce questionnement sur le schéma suivant.

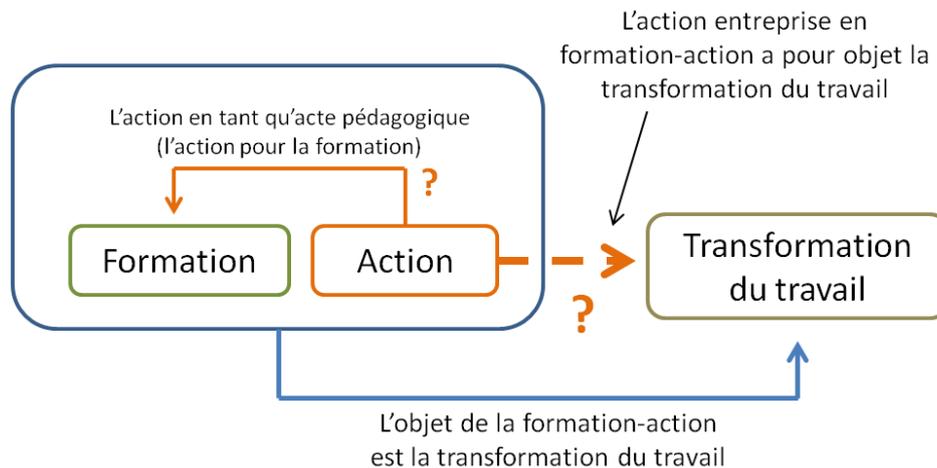


Figure 27 : Schéma de réflexion sur le rôle de l'action dans la formation-action

On voit ainsi que cette action, travail pratique proposé aux participants sur une situation de travail réel :

- a) peut n'avoir d'autre but que de servir la démarche pédagogique : soit par une mise en pratique d'éléments abordés en formation pour les consolider, soit en pédagogie de la découverte, amenant les participants à découvrir une problématique justifiant des éléments que le formateur leur apportera opportunément ensuite. C'est alors le résultat de la formation(-action), par la mobilisation ultérieure des compétences acquises, qui sera le moteur de la transformation du travail. Les acteurs formés seront les intervenants de la démarche et l'ergonome est formateur.
- b) On pourrait imaginer que l'action proposée en formation puisse également avoir pour but direct la transformation d'une situation réelle de travail, par exemple pour servir d'expérimentation formative préalable à la mobilisation ultérieure des compétences visées par la formation-action sur d'autres situations semblables. Mais il est clair qu'une telle démarche devrait être particulièrement cadrée et accompagnée par l'ergonome, dans ce qui s'apparenterait du coup à une co-intervention.

Mais toute formation à l'approche ergonomique est déjà une forme d'intervention, plus ou moins directe, sur le travail dont le but final est, comme l'intervention, de produire des transformations des situations de travail. Certaines des questions que nous nous poseront plus loin au sujet de la formation-action intégrée à une intervention pourraient déjà interroger une action de ce type.

## La formation-action dans l'intervention ergonomique

Rappelons en premier lieu que toute intervention pourrait à certains égards être considérée comme une formation-action en considérant que, selon la manière dont elle est sollicitée, la participation des acteurs mobilisés en groupe de travail s'apparente à une action de mobilisation des connaissances (des nouvelles représentations) que l'intervenant ne manquera pas d'amener par ailleurs.

On sait également que la part prise par la pédagogie dans l'intervention (participative), sans y parler encore de formation-action, est toujours prépondérante et se déploie dans toutes les phases de l'intervention.

« La méthodologie ergonomique prescrit les processus de conception et d'évolution des représentations comme concourants et imbriqués, l'un servant l'autre. C'est dans et par l'action que les représentations évoluent. » nous disent Casse et Biquand (Casse, Biquand, 2003, p 270) en situant ces processus comme complémentaires mais de modalités différentes, susceptibles d'interagir vers la nécessité d'un compromis.

Dugué, Petit et Daniellou évoquent le processus de conception participative comme « synonyme d'apprentissages réciproques », sa mise en place rendant nécessaire une préparation sociale du dispositif (Dugué, B., Petit, J. et Daniellou, F., 2010). Dans cette communication, ils situent la place de la pédagogie dans les quatre grandes phases de l'intervention :

- Dans l'analyse de la demande (dans ce que l'intervenant livrera de sa propre pratique aux acteurs clés de cette phase) ;
- Dans la mise en place des structures d'intervention ;
- Dans l'élaboration du diagnostic (préparation des entretiens et observations et restitution/validation du diagnostic) ;
- Dans la construction des changements.

Et Daniellou reprend avec Martin, questionnant les mécanismes d'action de l'intervention dans l'entreprise, l'idée que l'analyse de l'activité ne peut se suffire à elle-même pour transformer les situations sans une démarche d'accompagnement d'ordre pédagogique (Daniellou, F. et Martin, C., 2013, p 219).

De même pour Baril-Gingras, Brun et Bellemare, « l'action d'une intervention externe sur les conditions de travail passe d'abord par l'action sur les capacités des acteurs de l'entreprise à agir en prévention » (Baril-Gingras, G., Brun, J-P., Bellemare, M. (2001). Dans sa réflexion sur la dimension constructive de l'ergonomie, Falzon envisage le développement non seulement comme la finalité de l'action ergonomique mais aussi comme un moyen au service de cet objectif (Falzon, 2013).

Ce développement comme moyen nous amène à évoquer l'intégration à une intervention d'une démarche de formation-action à part entière, destinée à certains de nos interlocuteurs acteurs internes de l'entreprise, et répondant à différents objectifs tous concourant à la transformation du travail, finalité de l'intervention.

La question des objectifs de la formation-action en ergonomie peut être abordée en s'appuyant sur la figure ci-dessous, évolution du schéma proposé plus haut.



le cheminement de l'ergonome afin de pouvoir s'approprier le point de vue développé dans l'intervention. Cette démarche est proche de ce que Daniellou et Martin qualifient de « formation-action-projet » (Daniellou, F. et Martin, C., 2013, p 219).

Cette orientation nous semble nécessiter que le groupe comprenne des encadrants de la chaîne managériale.

Ces deux premiers exemples sont susceptibles de s'associer dans une même démarche, où le premier objectif est alors celui d'une première phase d'apprentissage qui servira une démarche pédagogique plus complète dont la finalité est le second.

Une autre demande, assez récurrente, des entreprises sollicitant une intervention porte sur le fait que l'intervenant profite de son intervention pour former des acteurs internes identifiés par le demandeur à l'analyse du travail. Ces acteurs, souvent repérés parmi des salariés déjà sensibilisés à la prévention (animateurs HSE, infirmières du travail,...) auront mission après l'intervention initiale de mener des analyses de situations de travail sur d'autres unités que celle ayant fait l'objet de l'intervention ergonomique, voire sur d'autres sites de l'entreprise.

Cette demande concerne parfois également des salariés acteurs des situations de travail à étudier, dont la mission ultérieure pressentie par le demandeur est de constituer un réseau de « relais/correspondants en ergonomie ». L'objectif est alors en général d'amener ces acteurs en capacité de réaliser des « analyses de premier niveau » permettant de discriminer des situations nécessitant de faire remonter une demande argumentée à une entité qui sera en charge de la traiter plus complètement, par exemple à un service central comprenant un ergonome, ou de les traiter localement en informant le service de supervision.

Dans ce dernier cas de figure, l'enjeu de la formation sera également de permettre aux salariés impliqués de prendre du recul, ou comme le dit Falzon, « une distance par rapport à leurs pratiques, distance nécessaire à la conception du travail futur » (Falzon, 2013).

On voit apparaître dans ces exemples, l'idée que la formation-action peut se situer comme une formation pour l'intervention ou comme une formation par l'intervention. Les objectifs visés vont déterminer la méthodologie retenue et la posture de l'intervenant-formateur.

## **Une tension méthodologique**

Sans développer les différentes méthodologies qui seront mises en œuvre dans ces projets, soulignons une tension possible entre la dynamique de la formation-action et celle de l'intervention en lien avec leur temporalités.

Dans les exemples évoqués, la formation-action nécessitera soit un étalement sur la durée, durée nécessaire à l'acquisition des compétences, soit un positionnement dans l'intervention à un certain moment (au début ou au moment des observations systématiques,...) potentiellement contraignants pour la dynamique de l'intervention.

De même, elle impactera la disponibilité des acteurs et de l'ergonome, rentrant dans le décompte de jours facturés par l'ergonome et de mise à disposition des salariés (ce qui sera à argumenter si le choix de la formation-action ne provient pas du demandeur). Les temps de

formation eux-mêmes nécessitant parfois une durée unitaire plus longue qu'une « classique » réunion de groupe de travail, nécessitant de s'assurer au préalable de la capacité de l'entreprise à libérer les acteurs sur ces durées ou à ajuster ces dernières au risque de perdre en qualité sur la transmission des connaissances.

D'autres questions d'ordre méthodologique se présentent également, par exemple :

- Faut-il évaluer les compétences des stagiaires à l'issue de la formation-action (comme on le ferait dans n'importe quelle formation) ? Faut-il du coup valider une forme de qualification à la mission envisagée, soumise à cette évaluation (d'autant plus si on n'a pas eu la main sur le processus de sélection des participants) ?
- S'agit-il de « faire faire » ou de « faire avec » ? Comment concrètement associer les acteurs aux observations de terrain, aux entretiens réalisés par l'ergonome ?
- Si la formation-action est une formation destinée à « apprendre à faire » (de l'analyse du travail), quel accompagnement envisager par la suite (perfectionnement, supervision, continuer à faire avec eux et se retirer progressivement,...) ?
- Casse et Biquand nous rappellent un enjeu de notre pratique d'ergonomes : « plus la complexité se dévoile, plus il faut en limiter ou tout au moins en organiser l'exploration, sous peine de se perdre dans la découverte des méandres de l'activité de travail » (Casse, Biquand, 2003, p 274) ; les choix opérés sur les dimensions / éléments à travailler seront-ils compatibles avec l'acquisition des compétences visées par la formation-action ?

## **Des questions de posture**

Par ailleurs, la formation-action peut poser des questions sur la posture de l'intervenant-formateur :

- Si on se dirige vers l'objectif de « rendre autonome » (ce qui est à discuter), est-ce compatible ou contradictoire avec un positionnement d'intervenant externe ? Sachant que la demande d'intervention comprend souvent l'expression du besoin d'un « tiers externe » (non impliqué dans les situations, en recul, objectivité,...), si l'ergonome répond à cette demande par : « je vais vous apprendre à faire vous-mêmes » on peut y voir une contradiction. Ce qui renvoie à la question de la posture du « tiers externe » ?
- Si le but poursuivi est l'autonomisation progressive d'un groupe d'intervenants internes : saura t-on accepter que ce qui sera fait par les acteurs formés sera différent (potentiellement moins bien) de ce qu'on aurait fait soi-même ?
- Si l'objet de la formation-action est de créer ce groupe d'acteurs internes « spécialisés » en situation / capacité de faire remonter de l'information pertinente, alors qu'il y a déjà en place une chaîne managériale et des représentants du personnel, dont ce serait

normalement le travail. N'y a-t-il pas un risque de créer une troisième voie susceptible de mettre les autres en difficulté ? ou de générer un conflit de légitimité ?

## **Conclusion**

La place des formations-actions comme moyen d'intervention semble aujourd'hui non seulement admise mais peut être même considérée comme un moyen de choix pour accompagner la conduite de projet.

Toutefois, les questions de méthodologie et de posture de l'intervenant mériteront d'être envisagées en amont pour servir au mieux la finalité de l'intervention.

Dans cette réflexion, la compétence pédagogique de l'ergonome est considérée comme implicitement acquise, mais où l'a-t-il construite ?

La formation initiale des ergonomes n'aborde que peu cette dimension dont nombre d'auteurs s'accordent pourtant à penser qu'elle est essentielle à la réussite de nos interventions et qu'elle en est le quotidien.

La réflexion, telle que celle proposée dans le cadre du symposium RJCe-CE2-Arpège au congrès de la SELF 2013, sur les liens entre la pratique du métier, la formation initiale des ergonomes et la recherche paraît une des clés pour avancer.

## BIBLIOGRAPHIE

- Avril, C. (2006) : Le travail des aides à domicile pour personnes âgées : contraintes et savoir-faire. *Le Mouvement Social*, 2006/3, n° 216, p. 87-99
- Baril-Gingras, G., Brun, J-P. et Bellemare, M. (2001) : Un modèle théorique pour l'étude des mécanismes par lesquels les interventions externes contribuent à la prévention dans les entreprises. *Comptes rendus du congrès SELF-ACE 2001 – Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie*. Vol.3. pp 36-41
- Bourgeois, F. *et al.* (2000) : Troubles musculosquelettiques et travail, quand la santé interroge l'organisation. Ed. ANACT
- Bourgeois, F. et Hubault, F. (2005) : Prévenir les TMS : De la biomécanique à la revalorisation du travail, l'analyse du geste dans toutes ses dimensions. *@ctivités*, 2 (1), 19-36
- Caroly S. (2010) : En quoi l'activité collective contribue à la résilience organisationnelle : les cas de réélaboration des règles dans le secteur des relations de service. *Actes du 45<sup>ème</sup> congrès de la SELF*, sept 2010 (p. 88-93)
- Caroly, S. et Weill-Fassina, A. (2004). Evolutions des régulations de situations critiques au cours de la vie professionnelle dans les relations de service. *Travail humain*, 67, 4, 305-332
- Caroly, S. et Barcellini, F. (2013) : Le développement de l'activité collective. *In Pour une ergonomie constructive*. Falzon (dir.). A paraître
- Casse C. et Biquand S. (2003) : La pratique d'intervention : le travail de l'ergonome consultant. *Actes du 38<sup>ème</sup> congrès de la SELF*. Paris, Sept. 2003. (p. 267-278)
- Cerf, M., Valléry, G. et Boucheux, J-M. (2004) : Les activités de service : enjeux et développements. *In Falzon, P. (dir.), Ergonomie* (pp. 565-581). Paris : PUF
- Cloutier, E., David, H. et Teiger, C. (2003) : Agir sur les conditions de travail des auxiliaires de vie: croiser les approches. *Travail et emploi*, no 94, avril 2003, pp. 75-83
- Cloutier, E. *et al.* (2005) : Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile. *IRSST, Rapport R-429*.
- Daniellou, F. et Béguin, P. (2004) : Méthodologie de l'action ergonomique. *In Falzon, P. (dir.), Ergonomie* (pp. 335-358). Paris : PUF
- Daniellou F. (Coord), Caroly, S., Coutarel, F., Escriva, E., Roquelaure, Y., Schweitzer, J-M, (2008) : La prévention durable des TMS. Quels freins ? Quels leviers d'action ? *Rapport Direction Générale du Travail*
- Daniellou, F. et Martin, C. (2013) : Quand l'ergonome fait travailler les autres, est-ce toujours de l'ergonomie ? *In Des pratiques en évolution, seconde décennie des Journées de Bordeaux (Coll.)*. Toulouse, Octarès. 2013 (pp 219-235)
- David, C. et Huguet P. (1998) : Maîtriser la relation de service pour améliorer les conditions de travail. *Education permanente*, n° 137 (Dossier documentaire ANACT : « Relation de service, construire la performance avec le client », p147)
- Dugué, B., Petit, J. et Daniellou, F. (2010) : L'intervention ergonomique comme acte pédagogique. *Pistes*. Vol 12 n° 3. <http://www.pistes.uqam.ca/v12n3/articles/v12n3a2.html>
- Falzon, P.(dir.) *et al.* (2004) : *Ergonomie*. Paris : PUF
- Falzon, P. et Lapeyrière, S. (1998). L'utilisateur et l'opérateur : ergonomie et relations de service. *Le travail humain*, 61 (1), p. 69-90
- Falzon, P. et Teiger, C. (1995) : Construire l'activité. *Séminaire DESUP/DESS de Paris I. Performances Humaines & Techniques*, n° hors série (Septembre), 34-39.
- Falzon, P. (2013) : Introduction de l'ouvrage « Pour une ergonomie constructive » (à paraître)

- Gagnon, I. *et al.* (2003) : Organisation du travail et développement de stratégies protectrices : Cas d'auxiliaires sociales et familiales de services publics de maintien à domicile. *Gérontologie et Société* 2003/4 n° 107 pp 131-148.
- Guérin *et al.* (1997). *Comprendre le travail pour le transformer*. Ed. ANACT
- Laville, A. et Volkoff, S. (2004) : Vieillesse et travail. *In Falzon, P. (dir.) : Ergonomie* (pp. 145-158). Paris : PUF
- Leboucher, R. (2004) : Le décloisonnement des champs d'intervention des aides à domicile. *Gérontologie et société*, 2004/3 n° 110, p. 273-282.
- Leduc, S. et Valléry, G. (2006) : Approche des compétences sociales par l'analyse de l'activité : une étude chez les aides à domicile. *L'orientation scolaire et professionnelle*. 35-3 [En ligne], URL : /index979.html
- Molinié, A-F. (2006) : La santé au travail des plus de 50 ans. *Données sociales - La société française* – éd. 2006 (pp 543-553)
- Paradis, E., (2008) : Etude documentaire : santé au travail dans l'économie sociale. *CIDES-Chorum-Usgeres* – Déc. 2008
- Teiger C., et Laville A., (1991) : L'apprentissage de l'analyse ergonomique du travail, outil d'une formation pour l'action. *Travail et Emploi*, n°47, 53-62
- Teiger, C. (1994) : La formation à l'analyse ergonomique du travail, outil de changement des représentations pour changer le travail. *Journées de Bordeaux 1994. Des pratiques en réflexion*. Coord. Martin C, Baradat D. Toulouse. Octarès éd. (p 53-60)
- Terssac (De), G. *et al.* (2004) : Régulation politique et régulation d'usage dans le temps de travail. *Le travail humain*, 2004/2 Vol. 67, p. 135-154.
- Valléry, G. et Leduc, S. (2010) : Une analyse des emplois de services à destination des personnes âgées : compétences sociales et identité professionnelle des aides à domicile. *Gérontologie et société*, 2010/4 n°135, p. 213-237.
- Van Belleghem, L. et Bourgeois, F. (2003) : La part de l'analyse de l'activité de travail dans l'intervention ergonomique : questionnements mutuels entre un jeune ergonomiste et un aîné. *Actes du 38<sup>ème</sup> congrès de la SELF*. Paris, 2003 (pp 493-502)

## ANNEXES

### **Annexe 1 : Composition des instances mises en place pour l'intervention**

- **Un comité de pilotage**, rassemblant :
  - l'Adjointe au Maire, chargée de l'Action Sociale,
  - la Directrice Générale des Services,
  - la Directrice des Ressources Humaines,
  - un représentant de la Direction des Personnes Agées et Adultes Handicapés,
  - deux membres du CHSCT (agents Ville mais hors CCAS),
  - les membres du groupe de travail (cf. ci-dessous),
  - le Médecin de Médecine Professionnelle Préventive (MPP) du Centre Départemental de Gestion,
  - la Directrice de la Fédération UNA 77<sup>35</sup>.
  
- **Un groupe de travail**, composé de :
  - la Directrice du CCAS, pilote du projet,
  - la responsable du SAAD,
  - la Responsable de secteur,
  - une Aide à Domicile en poste de tutrice,
  - 4 Aides à Domicile (AD).
  
- **L'ensemble des AD**, réparties en 4 groupes équivalents, chacun comprenant une AD du groupe de travail.

---

<sup>35</sup> L'UNA (Union Nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles) est un réseau regroupant des structures adhérentes, associatives ou territoriales, du secteur de l'aide à domicile (1100 structures, 130000 professionnels). Le réseau UNA est organisé en unions départementales et régionales.

## Annexe 2 : Grille nationale AGGIR

### SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

<b>VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE</b>		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
<b>VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE</b>		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement  
 B : fait partiellement, non habituellement, non correctement  
 C : ne fait pas.

(Document Cerfa n° 11510)

### Les 6 niveaux de dépendance :

GIR 1	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants
GIR 2	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
GIR 3	Personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle
GIR 4	Personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
GIR 5	Personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
GIR 6	Personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

### Annexe 3 : Synthèse du traitement des évaluations de satisfaction

**Les enquêtes de satisfaction**, réalisées en 2011 montrent que :

- Le service administratif est perçu positivement par une majorité de bénéficiaires cependant des points faibles persistent sur la **disponibilité de l'équipe** et la **prise en compte des sollicitations**.
- Les bénéficiaires se disent bien informés sur les services proposés (97% de réponses positives), sur les avantages et inconvénients des modes d'intervention (84%), le coût et modalités de prises en charge (92%)
- Les AD sont perçues par les personnes à 84,7% comme étant aimables, disponibles, honnêtes, discrètes, ponctuelles et efficaces.
- 62% des usagers sont insatisfaits de la **coordination entre plusieurs intervenants** ; 61% refusent les remplacements en l'absence de leur intervenant habituel ; **56% des personnes qui acceptent le remplacement sont insatisfaites de celui-ci**. Les remarques portent sur le manque d'investissement physique des intervenants lors des remplacements (intervenants se disant fatigués, pas de port de blouses ni de sabots). Il est **difficile pour la personne aidée d'être obligée de réexpliquer ses besoins et ses habitudes**.
- De façon générale, l'aide apportée est satisfaisante **lorsqu'il s'agit des intervenants habituels**. Des commentaires sont élogieux (« *je dirais que je suis satisfaite* », « *travail bien effectué* », « *on ne s'attendait pas à ce super résultat* », « *Travail convenable pour le temps imparti.* ». Cependant, certains usagers souhaiteraient voir les tâches ménagères effectuées avec **plus de méticulosité et au-delà de l'entretien quotidien** (→ niveau d'exigence variable)
- Les améliorations que les bénéficiaires souhaiteraient voir apporter sont : **moins de rotation des aides à domicile**, un **meilleur respect des consignes de la part des remplaçantes**. Une meilleure **information sur les modifications de plannings** (heures et jours) en cas de changement effectué par le service.

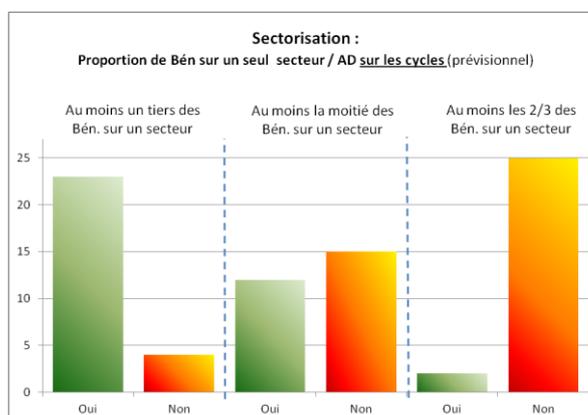
## Annexe 4 : Tableaux d'analyse des données de sectorisation

### 1) Proportion de bénéficiaires domiciliés sur le secteur d'affectation de l'AD

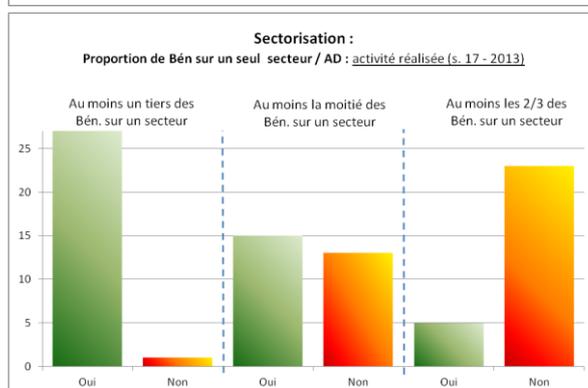
Les données chiffrées représentent le nombre d'AD dont on peut dire qu'elles ont :

Au moins un tiers / la moitié / les deux-tiers de leurs interventions sur leur secteur

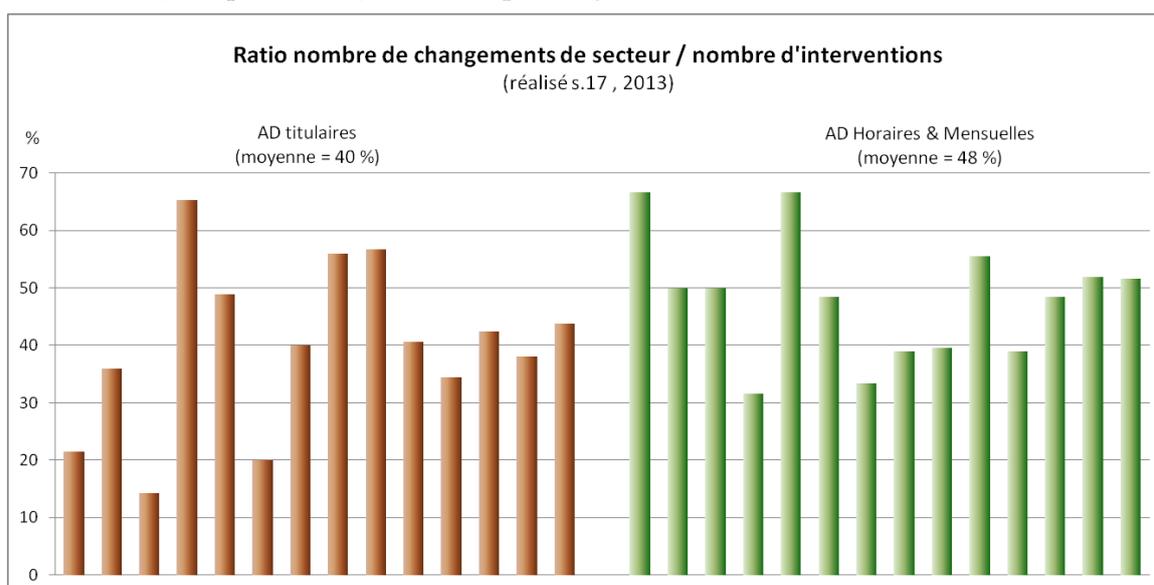
a) en comparant les « cycles »  
(trame de plannings  
prévisionnels)



b) en comparant les plannings  
réels (semaine 17 – 2013)



### 2) Calcul du rapport entre le nombre de déplacements avec changement de secteur / nombre d'interventions (de déplacements) - (sur les plannings réalisés en semaine 17, 2013)



Chaque barre correspond à une AD. La moyenne est plus élevée pour les contractuelles, montrant qu'elles changent plus souvent de secteur pour leurs interventions. Les « pics » correspondent aux AD fortement sollicitées pour les remplacements.

## Annexe 5 : Fiche de définition du profil de poste des AD

### PROFIL DE POSTE

EXISTANT       A PREVOIR

**SERVICE OU EQUIPEMENT** : SERVICE MAINTIEN A DOMICILE

**Grade** : **Agent social**

**Fonction** : **Aide à Domicile**

#### RATTACHEMENT HIERARCHIQUE

Le Responsable : Directrice du C.C.A.S. + *Chef de service.*  
Responsable du S.A.A.D.  
Responsable de secteur Maintien à Domicile  
Coordinatrice du Service

#### MISSIONS

Dans le cadre de la politique sociale de la municipalité, offrir des prestations qui permettent le maintien à domicile de personnes âgées, handicapées ou malades.

#### TACHES PRINCIPALES

- Entretien du logement
- Entretien du linge
- Alimentation : courses, préparation des repas, aide à la prise de repas
- Surveillance de la prise de médicaments préparés par l'infirmière ou la famille,
- Aide simple à la toilette, soins sommaires et ponctuels ne relevant pas de la compétence de personnel médical et paramédical
- Aide à la mobilité : stimulation de la personne aidée dans ses déplacements à l'intérieur de son domicile, mais également à l'extérieur si son état de santé le permet,
- Démarches administratives auprès de certains organismes, aide au tri et rangement des papiers...

#### APTITUDES ET QUALITES REQUISES

Motivation, goût du contact humain et en particulier envers les personnes âgées, esprit d'organisation. Patience, discrétion absolue, sens des responsabilités, adaptabilité, moralité, ponctualité, respect du planning, écoute.

#### CONDITIONS DE TRAVAIL

Conditions statutaires. 32 h 30 de travail + 4 h de déplacement du lundi au vendredi de 8 h 00 à 19 h 00 à la demande du service et le samedi de 8 h 00 à 13 h 00.

#### OBSERVATIONS PARTICULIERES CONCERNANT LE POSTE

Flexibilité des horaires, polyvalence des tâches, secret professionnel.

**LE PETIT MÉMO DE L'AIDE À DOMICILE**

**L'activité du service est en priorité centrée sur la personne et ensuite son cadre de vie. Les aides à domicile sont tenues de respecter le plan d'aide défini.**

*Ce que vous pouvez faire à domicile*

- Entretien du logement (ménage courant des lieux de vie)
- Cuisine – Exécution du régime alimentaire
- Surveillance et stimulation à la prise du repas
- Réfection du lit du bénéficiaire
- Vaisselle
- Vérification (dates de péremption) et nettoyage des réfrigérateurs
- Petite lessive, Repassage – Raccordage des linges
- Aide à la toilette simple : coiffure, bien-être, rasage
- Courses seules ou en compagnie de l'usager
- Démarches administratives simples
- Accompagnement chez le médecin, dentiste en taxi ou en ambulance
- Avertir la famille en cas de maladie ou d'accident
- Surveillance de la prise de médicaments préparés par l'infirmière ou la famille
- Stimulation de la personne aidée dans ses déplacements à l'intérieur ou à l'extérieur
- Soutien psychologique (activités de loisirs, soutien moral, lecture...)

*Ce que vous ne pouvez pas faire à domicile*

- Intervenir au domicile d'un bénéficiaire en son absence
- Effectuer de gros travaux tels que les gros nettoyages (cave, greniers, lessivage des plafonds, moquettes, tapis, portes, murs, plinthes), les travaux de peinture et tapissage, jardinage, déplacement de meubles ou de choses lourdes, plomberie, bricolage, électricité, nettoyage des lustres
- Effectuer des tâches pour d'autres personnes que le bénéficiaire, même si ce sont des membres de sa famille
- Effectuer à votre domicile des travaux supplémentaires pour les personnes aidées
- Effectuer un travail rétribué ou non pendant la durée de vos congés ou en dehors de votre temps de travail
- Utiliser votre véhicule personnel pour transporter le bénéficiaire
- Effectuer seul des retraits ou des dépôts d'argent pour le bénéficiaire
- Accepter une procuration sur le compte bancaire d'un bénéficiaire
- Prendre vos repas chez la personne aidée
- Couper les ongles des pieds et des mains.
- Pratiquer des soins infirmiers : pommades, gouttes pour les yeux, l'aspirine
- Mettre des bas ou des bandes de contention
- Monter plus de trois marches d'escalier
- S'occuper des animaux de compagnie (Nettoyage litières – toilettage)

➤ **Le bénéficiaire est tenu de fournir les produits de nettoyage nécessaires et le matériel en état de fonctionnement pour l'exécution des tâches ménagères.**

## Annexe 7 : Exemples de plannings tels que transmis aux AD (incluant la définition des tâches)

SAAD  
114 Av du Gal de Gaulle  
77270 VILLEPARISIS  
Tel: 01.64.27.92.22 - Fax: 01.64.27.18.21

Lundi 22/10/2012  
Dimanche 28/10/2012

ACTIVITE Pour Alexandra

Total semaine : absence : 0 h 00 - heures travaillées : 33 h 35

Total : 33 h 35

\* : Prestations Domatel \*\* : Prestations Domatel modifiées

	Lundi 22	Mardi 23	Mercredi 24	Jeudi 25	Vendredi 26	Samedi 27	Dimanche 28
07:00							
07:30							
08:00	* HE [nom] Emman 07:55-08:25						
08:30	* BR [nom] Renée 08:35-09:05	* BR [nom] Renée 08:30-09:00	* BR [nom] Renée 08:35-09:00	* BR [nom] Renée 08:35-09:05	* BR [nom] Renée 08:35-09:05		
09:00	BR [nom] Marcelle 09:10-10:40	* BR [nom] Marcelle 09:10-10:45	* BR [nom] Marcelle 09:15-10:10	* BR [nom] Marcelle 09:15-10:45	* BR [nom] Marcelle 09:20-10:50		
09:30			GR [nom] Jeanne ** 10:20-11:20				
10:00							
10:30							
11:00		** OR [nom] Fernande 10:55-11:55			* OR [nom] Fernande 11:00-12:00		
11:30	SI [nom] Marthe 11:20-12:20	* LA [nom] Germai 11:55-12:30			* LA [nom] Germai 12:05-12:35		
12:00			* OR [nom] Fernande 12:05-13:05				
12:30							
13:00							
13:30							
14:00	* VA [nom] Raymond 13:35-15:35	* BR [nom] Marcelle 13:35-15:30	* BE [nom] Sabine 13:55-16:05	* VA [nom] Raymond 13:40-15:40	* BE [nom] Colette 14:05-15:35		
14:30							
15:00							
15:30							
16:00	BO [nom] Aimée 15:40-16:40	BO [nom] Aimée 15:40-16:40		** MA [nom] Georgette 15:40-17:40	CR [nom] Ginette 15:40-17:10		
16:30							
17:00							
17:30							
18:00							
18:30	CO [nom] Yolande 18:10-18:40	CO [nom] Yolande 18:10-18:40	CO [nom] Yolande 18:10-18:40	CO [nom] Yolande 18:10-18:40	CO [nom] Yolande 18:10-18:40		
19:00							
19:30							
20:00							

**Usagers** Voir infos médicales Clés nécessaires Compte argent  
 Cahier de transmission Présence animale Courses Toilette  
 Fiche de vacation Pas de téléphone Repas Transfert

BE [nom] Sabine - 11 rue des Pommiers, 77270 VILLEPARISIS

**note :** entretien du domicile  
SIGNE

BE [nom] Colette - 52 rue des Pommiers, BOISPARISIS, 77270 VILLEPARISIS

**note :** ENTRETIEN DU DOMICILE.

BO [nom] Aimée - 20 Avenue des Colomes, 77270 VILLEPARISIS

**note :** entretien du domicile - JAMAIS D INTERVENTION LE MATIN - Vendredi : douche, préparation de la compote et de la soupe pour 15 jrs à mettre dans le congélateur.  
SIGNE

BR [nom] Renée - 8, rue des Pommiers, 77270 VILLEPARISIS

**note :** AIDE A LA PREPARATION DES REPAS - PROMENADE - PERSONNE NON VOYANTE. ASPIRATEUR 1 FOIS PAR SEMAINE.  
NE SIGNE PAS.

Accès : CODE SUPRA 2319.

BR [nom] Marcelle - 11 rue des Pommiers, 77270 VILLEPARISIS

**note :** entretien du domicile - entretien du linge -  
SIGNE

Accès : prendre direction place François Mitterand - passer devant la pharmacie ; tout droit puis tourner à droite - portail vert.

CO [nom] Yolande - 187, avenue Georges de Selve, 77270 VILLEPARISIS

Édité le : 30/11/2012 à 10:27

Perceval : Planning Hebdomadaire

<b>note :</b> entretien du domicile - entretien du linge - travaux de coutures - douche une fois par semaine. SIGNE - IMPERATIF : ENVOYE UN SMS A CHAQUE INTERVENTION DU SOIR AFIN DE NOUS DIRE SI VOUS L AVEZ COUCHE OU PAS.	
CR <b>Ginette</b> - <b>77270 VILLEPARISIS</b>	 
<b>note :</b> entretien du domicile SIGNE	
GR <b>Jeanne</b> - <b>77270 VILLEPARISIS</b>	 
<b>note :</b> ENTRETIEN DU DOMICILE - Mercredi - course	
HE <b>Emmanuel</b> - <b>77270 VILLEPARISIS</b>	  
<b>note :</b> stimulation - promenade - surveillance - ENTRETIEN DU DOMICILE - donner deux sachets (médicament pour la constipation). REMPLIR OBLIGATOIREMENT LE CAHIER DE LIAISON. SIGNE Accès : 1er étage porte droite	
LA <b>Germaine</b> - <b>77270 VILLEPARISIS</b>	  
<b>note :</b> entretien du domicile - aide aux repas tous les jours - aide au change et repas le soir - NE PAS DONNER LE CODE SUPRA A LA BENEFICIAIRE. SIGNE - 1/2 H matin - 1/2 midi - 1 H après midi - 1/2 soir. Accès : CODE SUPRA	
MA <b>Georgette</b> - <b>77270 VILLEPARISIS</b>	
<b>note :</b> ENTRETIEN DU DOMICILE - SIGNE.	
OR <b>Fernande</b> - <b>77270 VILLEPARISIS</b>	 
<b>note :</b> PROMENADE - REFECTION DU LIT - COURSES UNE FOIS TOUTES LES TROIS SEMAINES - SIGNE	
SI <b>Marthe</b> - <b>77270 VILLEPARISIS</b>	  
<b>note :</b> CODE SUPRA <b>note :</b> ENTRETIEN DU DOMICILE - POUR L INTERVENTION DU MIDI APRES AVOIR DONNER LE REPAS A MADAME IL FAUT PASSER UN COUPE DE BALAI OU D ASPIRATEUR ET LAVER LES SOLS. NE SIGNE PAS	
VA <b>Raymond</b> - <b>77270 VILLEPARISIS</b>	 
<b>note :</b> ENTRETIEN DU DOMICILE - ENTRETIEN DU LINGE SIGNE	

HA <b>Lucienne</b> - <b>77270 VILLEPARISIS</b>	
<b>note :</b> STIMULATION - PREPARATION DE REPAS MARDI ET JEUDI - MARCHÉ SIGNE	
HE <b>Emmanuel</b> - <b>77270 VILLEPARISIS</b>	  
<b>note :</b> stimulation - promenade - surveillance - ENTRETIEN DU DOMICILE - donner deux sachets (médicament pour la constipation). REMPLIR OBLIGATOIREMENT LE CAHIER DE LIAISON. SIGNE Accès : 1er étage porte droite	
MO <b>Maria</b> - <b>77270 VILLEPARISIS</b>	  
<b>note :</b> CODE SUPRA LE MATIN: Madame est couché lui mettre ses chaussons , sa robe de chambre ouvrir les volets préparer le petit déjeuner : tisane un sucre + cracotties Fair le lit , la vaisselle , le ménage , surveiller le linge Mardi après midi : Cours chez e.Leclert Mercredi matin en plus des interventions du matins : éplucher les légumes en tout petites morceaux pour la soupe. Mettre la cocotte minute en route et signaler a Mme Mousseau quand elle peut étindre le feu. Vendredi : Entretien des sols , poussiere Le soir : Diner ( soupe et yaourt) vérifier si lessive a étendre. PS: le soir pensez a faire cuire le vermicelle ( MERCREDI) <b>note :</b> courses le mardi - ENTRETIEN DU LINGE ET DU DOMICILE SI MME VOUS DONNE DU COURRIER NE PAS LE POSTER MAIS LE RAMENER AU BUREAU - INTERVENTION D UNADOM (toilette). PAS DE CHANGE LE SOIR SAUF SI INCIDENT. SIGNE Accès : CODE SUPRA - adresse de MR MOU ALAIN DANS LE SUD :	
NA <b>Christiane</b> - <b>77270 VILLEPARISIS</b>	
<b>note :</b> NE PAS LAISSER DE MESSAGE SUR REPONDEUR CAR IL N'EST PAS ECOUTE PAR LES BENEFICIAIRES  <b>note :</b> ENTRETIEN DU DOMICILE - SIGNE.	
PI <b>Monique</b> - <b>77270 VILLEPARISIS</b>	 
<b>note :</b> Aide à la douche 2 x par semaine - promenade - entretien du domicile SIGNE	
PO <b>Laure</b> - <b>77270 VILLEPARISIS</b>	
<b>note :</b> après la pharmacie de la poste, passer sous le porche. <b>note :</b> sonnette madame ouvrir 1ère porte - sur le palier porte à droite. Attendre car madame marche lentement (déambulateur) <b>note :</b> entretien du domicile - FERMER LES RIDEAUX ET LES VOLETS SIGNE Accès : CODE SUPRA	
SC <b>Anna</b> - <b>77270 VILLEPARISIS</b>	
<b>note :</b> stimulation - sortie - entretien - course. VIDER LES POUBELLES - MISE EN PLI + COLORATION. SIGNE Accès : CODE GRILLE - DIGICODE - POSTE	



## Annexe 9 : Analyse systématique des transmissions sur un cahier de liaison

### Extraits de notes sur cahier de liaison : (trans 15-18/11/2012)

- Fin matin : Trouve le verre cassé dans la chambre (poubelle → Attention) ; coup de balai et lavage du sol
- Midi : (tâches réalisées) Amenée au WC ; (Un verre d'eau) (donné) ; Balayé et lavé par terre. Entrée = betterave, plat = cassoulet, dessert = pomme + banane ; un petit café ; vaisselle et rangements ; un verre d'eau ; jeté la poubelle (AD1, référente)
- Midi : (tâches réalisées) Amenée au WC ; un verre d'eau ; balayé partout. Entrée = mousse canard, plat = escalope + pâtes, dessert = banane ; petit café ; rangé ; jeté la poubelle (AD1)
- Soir : soupe + semoule de riz ; change + pyjama ; (j'a pas très faim) ; étendu le linge (AD2)

#### Même Bénéficiaire, autre date (J1) :

- Matin : Aide au lever + toilette complète + habillage ; Protection + petit déjeuner + petite vaisselle ; réfection du lit (changé les draps) (est écrit « changer les draps » = draps changés ou à changer ? (a priori 2<sup>ème</sup> hypothèse) toutes les tâches sont en réalité écrites à l'infinitif) ; balayé la chambre et lavé par terre (chambre) ; plié et rangé le linge et mis la machine en route (AD3)
- Midi : Amenée aux WC ; Rangé la vaisselle d'hier soir et ce matin (\*) ; verre d'eau ; entrée = ... plat = ... dessert = ... ; petit café, vaisselle et verre d'eau (AD1)
- Soir : Étendu le linge ; toilette intime, changé la couche, chemise de nuit. Soupe, légume, yaourt, un verre d'eau ; vaisselle et rangé ; amenée au lit ; (amassé les miettes de couche dépiautée par terre) (AD1)

#### Même Bénéficiaire, autre date (J2) :

- Matin : Aide au lever, accompagnement aux WC (selles +++) ; Toilette complète, habillage et change ; installée au fauteuil, petit dej, réfection complète (???) du lit ; balayé et aéré chambre ; Lavé sol SdB ; petite vaisselle rangée ; Eau + jus en partant ; machine en route ; « plier et ranger le linge » (fait ou à faire ???) (AD3)
- Midi : Amenée au WC ; verre d'eau ; rangé l'armoire. Entrée = ... plat = ... dessert = ... ; un petit café et un beignet ; vaisselle et rangé ; un verre d'eau (AD1)
- Soir : étendu le linge ; toilette intime ; changé la couche ; chemise de nuit ; soupe, légume, compote ; un verre d'eau ; vaisselle ; amenée au lit. (Par manque d'eau, la vaisselle n'a pas été faite, son fils était là pour changer le chauffe-eau) (Merci) (AD1)

#### Même Bénéficiaire, autre date (J3) :

- Matin : Aide au lever, passage aux WC ; toilette complète au lavabo, changée, habillée, coiffée ; (à marché jusqu'au fauteuil) ; petit déjeuner ; changé tout le lit (rempé), refait entièrement, lavé le matelas ; aéré ; balayé les morceaux de couches émiettés partout ; mis la machine à laver en route, préparé le café. Vaisselle ; servi un jus de fruit avant de partir (AD4)
- Midi : Amenée aux WC ; balayé et lavé partout ; entrée = ... plat = ... dessert = ... ; un petit café ; vaisselle et rangé ; un verre d'eau ; jeté les 2 sacs poubelles (AD1)
- Soir : Passage WC, toilette + change ; repas soupe + compote ; (me dit qu'elle est fatiguée) aide au coucher + vaisselle ; étendu le linge (AD2)

#### Même Bénéficiaire, autre date (J4, vendredi) :

- Matin : lever Madame (dans le pipi +++++) la couche par terre émiettée +++ ; Toilette complète, habillée, coiffée ; aéré la chambre, nettoyé le matelas ; réfection du lit, mis le lave-linge en route ; préparé petit déjeuner, (bien mangé) ; balayé tous les sols ; servi un verre de jus de fruit et un verre d'eau ; lavé lavabo ; remis serviette et gants propres dans la SdB (AD5 (nouvelle) + tutrice)
- Midi : amenée aux WC ; verre d'eau ; (fait la poussière) ; entrée = ... plat = ... dessert = ... ; petit café ; vaisselle et rangé celle du matin ; verre d'eau (AD1)
- Soir : étendu le linge ; toilette intime, changé la couche, chemise de nuit ; soupe, légumes, yaourt, verre d'eau ; vaisselle ; ramassé les miettes de couche dépiautée par terre, amenée au lit ; lancé une machine (pour les oreillers) (AD1)

#### Même Bénéficiaire, autre date (J5, samedi) :

- Matin : aide au lever, WC, toilette complète, change, habillage, petit déjeuner, réfection du lit, balayé lavé le sol chambre, étendu le linge, plié le linge sec. (AD6)
- Soir (pas de note au midi) : Repas : soupe, compote ; change ; petite toilette, chemise de nuit ; (discussion) ; vaisselle (AD du SSIAD de WE)

Commentaire [PG1] : Info à destination des collègues : message de prévention

Commentaire [PG2] : Info à destination de qui ?

Commentaire [PG3] : Objectif de l'info ? Favoriser un échange ultérieur ?

Commentaire [PG4] : Info sur l'état du Bénéficiaire

Commentaire [PG5] : Message de « reproche » pour celles de la veille et du matin qui n'auraient pas fait leur travail ??

Commentaire [PG6] : Tâche plusieurs fois évoquée (et connue de tous les intervenants) : dans quel but ? Pour faire remonter auprès de qui ? Famille ? Bureau ?

Commentaire [PG7] : Info sur l'état du Bénéficiaire

Commentaire [PG8] : Auto-justification ? (se prémunir des reproches ultérieurs) ou juste pour prévenir ?

Commentaire [PG9] : Info sur l'état du Bénéficiaire

Commentaire [PG10] : Info sur l'état du Bénéficiaire

Commentaire [PG11] : Info sur l'état du Bénéficiaire

Commentaire [PG12] : Info sur l'état du Bénéficiaire

Commentaire [PG13] : Info sur l'état du Bénéficiaire

Commentaire [PG14] : 2 intervenantes : 1 AD + Tutrice

Commentaire [PG15] : Pertinence de l'info ?? Où ? Pour justifier du temps passé ou pour informer les collègues ?

Commentaire [PG16] : Encore un message de « reproche »

Commentaire [PG17] : Samedi : matin AD du SAAD, le reste du WE = Nord 77

Commentaire [PG18] : AD extérieure au service, seule à évoquer l'aspect social de l'intervention. Les autres ??

**Annexe 10** : Note de synthèse sur les difficultés économiques dans le secteur de l'aide à domicile.

### **Un secteur d'activité potentiellement porteur et pourtant en crise**

Nombre d'éléments devraient concourir au développement du secteur de l'aide à domicile : le vieillissement de la population, la dispersion géographique, le manque de places d'accueil en établissements, une politique nationale en faveur du maintien à domicile (la dépendance érigée en chantier prioritaire en 2011),...

En 10 ans (2001-2010) le nombre de mesures d'aide sociale des Conseils Généraux à destination des personnes âgées dépendantes a effectivement été quasiment multiplié par 4, augmentation corrélée à celle des dépenses relatives à cette prise en charge. Cette augmentation s'est faite principalement entre 2001 et 2003, notamment en lien avec la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2002, remplaçant le dispositif de Prestation Spécifique Dépendance dont la cible était plus étroite (centrée sur des bénéficiaires à niveau de dépendance plus élevé). Depuis 2003, l'augmentation du nombre de mesures d'aide sociale par les CG suit des proportions semblables à celle de l'évolution de l'effectif des populations potentiellement concernées. La part prise par l'aide à domicile est devenue, durant la décennie, supérieure à celle des mesures relatives à la prise en charge en établissements.

En revanche, la dépense APA à domicile **par bénéficiaire** tend à diminuer régulièrement.

(Sources : DREES, Dossier Solidarité et Santé n°39, Avril 2013)

Les prestations sont assurées par 4 types d'acteurs : les services territoriaux d'action sociale, les associations, les structures commerciales et les particuliers indépendants (prestations de gré à gré).

Le secteur est considéré par tous les acteurs comme traversant une crise grave depuis 2009. Plusieurs facteurs sont couramment évoqués :

- La « loi Borloo » de 2005 (et notamment l'apparition du Chèque Emploi Service), qui a ouvert une concurrence, qualifiée de déloyale par certains, du secteur commercial et du statut d'auto-entrepreneur, permettant d'exercer la même activité que le secteur associatif sans les mêmes charges ni les mêmes contrôles des pouvoirs publics.
- Suppression des exonérations de charges sociales (issues de la même « loi Borloo ») en 2011.
- Le resserrement des financements, le prix de la prestation reste supérieur au tarif versé par les conseils généraux via l'APA.
- Les exigences des pouvoirs publics en termes de qualité de prestation et de professionnalisation des intervenants.
- Pour beaucoup d'associations : une taille critique insuffisante face à la nouvelle concurrence et un manque de rigueur de gestion (d'après les tutelles).

Ces dernières années, un grand nombre d'associations d'aide à domicile (une centaine en 2009, 300 à 400 en 2010) ont cessé leur activité entraînant une perte d'emplois significative (8500 emplois perdus en 2011).

(Sources : Direction Générale de la Cohésion Sociale ; UNA)

## RESUMÉ

Ce mémoire présente une intervention ergonomique menée dans un service d'Aide à Domicile d'Ile de France dans le cadre de l'activité d'un cabinet de consultants.

La démarche engagée, centrée sur une méthodologie itérative alliant analyse ergonomique du travail et processus de « formation – action », constitue probablement le facteur déterminant du processus de changement observé au sein de l'établissement durant l'intervention.

La représentation des problématiques de santé au travail portée par les responsables et les acteurs du service, initialement centrée sur la prévention des troubles musculosquelettiques, a évolué progressivement, du fait de l'approche globale et sans doute de la démarche pédagogique associée, vers une représentation orientée « qualité de vie au travail ».

Au delà de la démarche adoptée pour instruire cette demande, cette intervention trouve sa particularité dans ce qui se joue au sein même de l'activité des agents. L'étude du travail dans le secteur de l'aide à domicile s'inscrit dans le cadre général des études sur la relation de service, mais présente néanmoins une nature bien particulière.

Une activité particulière dans son lieu d'exercice, le domicile des bénéficiaires, dans la nature des faisceaux de prescription du travail, dans les stratégies de régulation mises en place, dans la quasi-absence d'un vrai collectif de travail,...

L'activité des aides à domicile se singularise également par les compétences qui y sont mobilisées. En lien avec son inscription dans le cadre d'une relation d'aide plus qu'une « simple » relation de service, des compétences sociales vont devoir s'imbriquer avec des compétences techniques pour l'atteinte des objectifs.

En association aux contraintes physiques, principal objet des représentations initiales des acteurs sur la problématique et réalité objective, c'est dans cette nuance entre relation d'aide et relation de service que vont se jouer nombre de tensions sur l'activité mais également se construire l'identité professionnelle des agents.