

**Regard sur le travail :
quand les aides à domicile deviennent
"auxiliaires de vie sociale"**

Pour agir sur leurs conditions de travail
et sur leur santé

Regard sur le travail : quand les aides à domicile deviennent "auxiliaires de vie sociale"

Pour agir sur leurs conditions de travail
et sur leur santé

Groupe de travail :

Michèle Rocher (INRS), Valérie Langevin (INRS),
Christine Castejon (Alternatives Ergonomiques),
Marianne Frachon (Alternatives Ergonomiques),
Véroniques Poète (Alternatives Ergonomiques),
Robert Villatte (Ergonomie Compétences).

Note scientifique et technique (NST)
INRS, octobre 2005

REGARD SUR LE TRAVAIL :
quand les aides
à domicile deviennent
«auxiliaires
de vie sociale»

Pour agir sur leurs conditions
de travail et sur leur santé

Coordination INRS
Michèle Rocher, Valérie Langevin

Nous remercions toutes les personnes que nous avons rencontrées et avec qui nous avons échangé, particulièrement celles de l'Association ARAPA de Rouen et de l'Association des Aides à Domicile du canton de la Ferté Saint-Aubin. Elles ont contribué à l'élaboration de ce document.

Nous remercions également les agents des services prévention des CRAM qui ont facilité ces contacts.

Un grand merci à Madame Christelle Loiseau (Aide à domicile) et à Madame Madeleine Baquet d'avoir accepté d'alimenter les ressources photographiques de ce document.

Cette étude a été réalisée avec l'apport des personnes suivantes :
Christine Castejon, Marianne Frachon, Véronique Poète
et Robert Villatte.

Sommaire

PRÉAMBULE

Objectifs et contenu de la document p. 5

QUI SONT LES AIDES À DOMICILE ? p. 7

LE TRAVAIL DES AIDES À DOMICILE
AU CŒUR DES ÉVOLUTIONS DE LA SOCIÉTÉ p. 11

La société a besoin des aides à domicile p. 11

Les services d'aide à domicile p. 12

L'évolution du cadre juridique et institutionnel p. 16

APA p. 16

Accord de branche du 29 mars 2002 p. 19

Arrêté du 26 mars 2002 relatif au DEAVS p. 20

D'autres textes p. 20

Le mode de financement de l'aide à domicile p. 21

LE TRAVAIL CONCRET DES AIDES À DOMICILE p. 23

Les aides à domicile réalisent un travail social p. 24

Leurs activités sont articulées et imbriquées entre elles p. 25

Les aides à domicile travaillent sous forte contrainte de temps p. 26

Elles travaillent avec des « consignes » différentes, parfois contradictoires p. 29

Elles anticipent, jonglent, tiraillées entre plusieurs priorités p. 32

Les aides à domicile écoutent p. 33

Les aides à domicile soutiennent p. 35

Elles travaillent dans un lieu privé et intime p. 36

Elles posent des limites p. 38

Elles font un travail pénible physiquement p. 40

Elles ont un travail autonome et isolé (face aux cas lourds et à la fin de vie) p. 45

sommaire

QUELQUES « PISTES D' ACTIONS » POSSIBLES	p.51
Construire des règles du métier des aides à domicile	p.52
Agir sur l'organisation du travail et sur la professionnalisation des associations	p.53
Cadrage des interventions et suivi	p.54
Adéquation entre les usagers et les aides à domicile	p.54
Organisation des tournées	p.55
Organisation de réunions régulières d'équipe	p.55
Liaison entre les aides à domicile	p.55
Mettre en pratique des groupes de parole	p.58
Articuler les projets de l'association avec ceux des usagers et autres intervenants	p.62
Agir sur la formation et la qualification dans l'aide à domicile	p.63
Comment intégrer dans l'évaluation des besoins des personnes âgées le travail des aides à domicile ?	p.66
Agir pour réunir des conditions d'une prise en compte de la santé au travail	p.69
Développer les droits des aides à domicile	p.72
Adapter l'habitat des personnes aidées	p.73
 POUR EN SAVOIR PLUS (éléments bibliographiques)	 p.82
 ANNEXE	 p.84

PRÉAMBULE

Il y a 15 ans, l'INRS a publié une brochure intitulée « *Quand l'aide est un métier* » qui présentait plusieurs métiers relevant de l'intervention à domicile : aide-ménagère, travailleuse familiale, soignants et gardes à domicile.

Ce document a pour objectif de faire « un état des lieux » des conditions concrètes de travail des « aides à domicile »¹ et des actions possibles d'amélioration.

Il s'agit de porter l'attention sur le contenu du travail « réel » des aides à domicile (et pas sur le travail tel qu'il devrait se passer théoriquement), c'est à dire sur ce qu'elles font concrètement, sur comment elles le font, face aux différentes contraintes, face aux aléas... quelles satisfactions elles y trouvent, etc, dans le contexte de la profession. La prévention des risques professionnels d'atteinte à la santé des aides à domicile constitue un enjeu dans ce secteur professionnel.

Ce métier, qui est encore perçu comme un prolongement du travail des femmes dans la sphère privée, n'a pas encore suffisamment abouti à la connaissance et à la reconnaissance. Il connaît actuellement un grave problème de recrutement de personnes qualifiées alors que les besoins de la société augmentent.

Cependant, sous la pression des « acteurs » du maintien à domicile (associations, syndicats, institutionnels, retraités...) on assiste à une volonté

de professionnalisation des aides à domicile et de leur encadrement.

► **Ce document analyse le travail d'aide à domicile dans le cadre :**

- **de l'aide aux personnes âgées**, parce que c'est le cas le plus fréquent, et que les modes de financement et donc d'intervention sont spécifiques,
- **des services d'aide à domicile (en mode prestataire et mandataire) qui appliquent l'accord de branche du 29 mars 2002.**

Pour comprendre le travail des aides à domicile, il doit être situé dans le contexte socio-économique et juridique du secteur professionnel du maintien à domicile. Ce contexte influence les conditions du travail des aides à domicile.

¹ Nous utilisons dans ce document le terme « d'aide à domicile » parce que c'est le plus souvent utilisé et parce qu'il y a encore peu d'aides à domicile qui soient devenues « auxiliaires de vie sociale ».

- ▶ **Ce document vise le public des « acteurs » du maintien à domicile** : en priorité les aides à domicile et leur encadrement, mais aussi les préventeurs, médecins du travail, les personnes aidées et leurs familles...
- ▶ **Il aborde des pistes d'actions possibles pour transformer les conditions du travail et de la santé des aides à domicile** (expériences intéressantes, recherches, exemples à l'étranger, travaux de prospective...) **tout en soulignant que ces actions ne peuvent être envisagées que collectivement, avec les professionnels concernés et les familles.**

AU SUJET DE LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Ce document est la synthèse d'entretiens avec de nombreux interlocuteurs de la profession (directions d'associations, financeurs, fédérations d'associations, syndicats, formateurs...) et d'observations du travail : principalement de quatre aides à domicile (suivi d'une journée) travaillant dans deux associations de deux régions différentes (en milieu urbain et rural). Trois responsables de secteur d'une association ont pu également être accompagnées une journée dans leur travail. Une ergothérapeute a été suivie dans le même domicile lors d'interventions successives.

Le document fait également référence à des articles, ouvrages, rapports, colloques sur les aides à

domicile. Il a été validé par une vingtaine de personnes (aides à domicile et cadres d'associations, ergonomes, médecins du travail et universitaires). Nous ne prétendons pas dans ce document à l'exhaustivité. Il pourrait servir de « base de discussion » dans les débats du secteur professionnel.

L'étude sur le terrain et la confection du document ont été réalisées par un groupe de travail (INRS et consultants) comprenant des ergonomes, une sociologue et une psychologue du travail.

Dans le même temps, le service Etudes et Audiovisuel de l'INRS a réalisé un DVD sur le même thème². Le groupe a participé à ce travail.

² DVD INRS « D'une maison à l'autre – Risques professionnels et aide à domicile », 2005.

QUI SONT LES AIDES À DOMICILE ?



La profession d'aide à domicile connaît actuellement des difficultés importantes de recrutement, des problèmes de santé préoccupants, un turn-over et un absentéisme importants.

D'après une enquête de la DREES (S. Bressé) ³

► **Plus de 200.000 aides à domicile travaillent dans des structures** (chiffres pour 1999). Le nombre des salariées travaillant pour des « particuliers employeurs » n'est pas connu (une part est réalisée « au noir »).

Catherine Vautrin, secrétaire d'Etat aux personnes âgées, estime (en avril 2005) que dans les

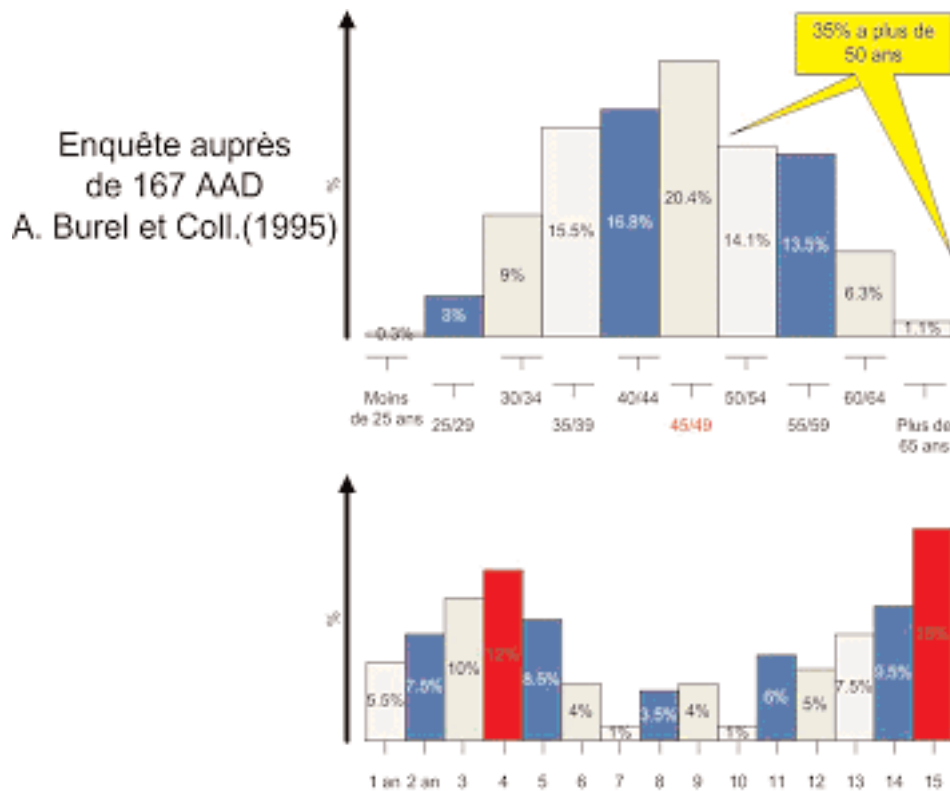
trois ans, ce sont plus de 70.000 emplois qui seront créés dans ce secteur (maintien à domicile et établissements).

► **95 % sont des femmes, de 45 ans en moyenne (35 % ont plus de 50 ans).**

³ BRESSE Sophie, DREES, L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées, dans Retraite et société, N° 39, juin 2003 : voir « Pour en savoir plus ».



ENQUETE AGES ET ANCIENNETES AUPRES DE 167 AIDES A DOMICILE



- Elles travaillent le plus souvent à temps partiel (souvent subi ou mi-temps thérapeutique).

jet (celles qui travaillent le plus, travaillent à la fois en prestataire et mandataire).

« La concentration de l'activité (et de la demande) sur certaines plages horaires (début de matinée, midi et soir), ainsi que les variations d'activités (liées aux hospitalisations ou décès d'une personne) se traduisent par la difficulté à atteindre un temps de travail rémunéré à temps plein. » (Anact/DGAS).

Pour avoir un équivalent temps plein, certaines n'ont pas d'autre choix que de multiplier les emplois, les employeurs et donc les temps de tra-

Un médecin du travail témoigne :

« L'annualisation du temps de travail dans des associations et le développement du plein temps peuvent avoir des effets pervers sur les conditions de travail et sur la santé des aides à domicile : temps de trajets compressés (d'où une augmentation des accidents de trajets), accumulation de la pénibilité physique, d'autant plus que, parallèlement, on assiste à un alourdissement des situations des personnes aidées. »



- ▶ Le travail d'aide à domicile ne semble pas toujours choisi : par défaut, suivant le contexte économique, l'absence de qualification, les « accidents » de la vie familiale.
- ▶ Au sujet de leur formation, **seules, 18 % des aides à domicile qui travaillent dans une structure sont titulaires d'un diplôme** (souvent les plus âgées).
- ▶ **Les salaires sont bas.** Les salariées d'associations prestataires qui sont signataires de l'accord de branche de mars 2002, ont connu la revalorisation de leurs salaires depuis juillet 2003, mais celle-ci est étalée sur trois années.

« Si c'était pour le salaire, sûr qu'on ne ferait pas ce métier ! ... La motivation ? En partie, on sent que l'on est pour quelque chose dans les histoires des personnes qui nous donnent en retour. »

Certains services parviennent à attribuer un revenu mensuel sur la base d'un volume d'heures fixes,

« modulent le temps de travail » face aux fluctuations d'activité⁴. Mais cela demande une gestion complexe, voire équilibrante, tant il est difficile d'anticiper sur l'avenir.

Pour les services où les aides à domicile ne sont pas mensualisées, leurs revenus varient en fonction du nombre d'heures réalisées, d'un mois à l'autre, parfois de façon importante (en cas de décès ou d'hospitalisation d'une personne aidée). Ils varient aussi suivant la taille de l'association (dans une grande association, il est plus facile de retrouver de nouvelles heures). A la différence de salariés d'autres secteurs professionnels, ce sont les aides à domicile qui supportent directement ces variations.

- ▶ **En général les aides à domicile ont un contrat en CDI** (contrat à durée indéterminée) mais elles commencent souvent par un CDD (contrat à durée déterminée) et en mandataire, pendant la période d'essai.

⁴ Un accord de branche a été signé en 1997, mais de nombreuses structures ne l'ont pas appliqué dans l'attente des dispositions sur la réduction du temps de travail » (Pour en savoir plus : site internet de l'Unassad).

QUELQUES CARACTÉRISTIQUES D'AIDES À DOMICILE DE L'ASSOCIATION EN MILIEU RURAL (ÉTUDIÉE)

Ancienneté	Nombre de personnes aidées	Nombre d'heures/mois	Mandataire (M)/ prestataires (P)	Formation
20 ans	7 pers	110 h	1 M et 6 P	Pas de diplôme
13 ans	7 pers	125 h	7 P	Pas de diplôme
4 ans	11 pers	140 h	P et M	Pas de diplôme
12 ans	10 pers	140 h	P et M	Diplômée (CAFAD)
17 ans	10 pers	130 h	P	Pas de diplôme
13 ans	6 pers	130 h	P et M	Diplômée (CAFAD)

Les 2 aides à domicile observées avaient 44 et 50 ans. L'une a été ouvrière avant d'être aide à domicile, après quelques années d'arrêt pour élever ses enfants. L'autre n'a pas d'autre expérience professionnelle mais une expérience associative (sport).

LE TRAVAIL DES AIDES À DOMICILE AU CŒUR DES ÉVOLUTIONS DE LA SOCIÉTÉ



La société a besoin des aides à domicile

« J' ai pris la décision d' avoir une aide à domicile car je voulais avant tout rester chez moi, dans ma maison, mes meubles, tous mes souvenirs, mes photos, tous ces petits riens qui ont rempli ma vie. »

« Sans votre présence, ce serait la maison de retraite. »

« Les aides à domicile nous redonnent goût à la vie. »

« C' est une aide pour la famille, les enfants sont apaisés et secondés. »

Beaucoup de personnes en France, pour elles et pour leurs proches, souhaitent vieillir chez elles, rester dans leur univers familial, souvent « dans la maison de toute une vie », en cultivant autant que possible leur autonomie. Et chacun souhaite, quand il est « aidé » par une professionnelle, bénéficier d' un accompagnement de qualité.

En France trois millions deux cent mille personnes ont besoin d' aide à domicile (en 2004) : la moitié d' entre elles font appel à une aide à domicile professionnelle et pour 50 % des cas, la famille est la seule qui aide. Dans une société qui comprend 10 millions de personnes de plus de 65 ans (en 2004), les besoins augmenteront dans les pro-



chaines années : « Entre 2005 et 2010, 500.000 nouvelles personnes de plus de 85 ans vont avoir besoin de services »⁵. Sur 10 personnes âgées qui sont aidées, 9 le sont à domicile et une seulement l'est dans un établissement d'accueil.

« S'il résulte souvent d'un choix, le maintien à domicile constitue la solution par défaut, en l'absence d'un réseau de professionnels et d'offres variées (structures d'accueil pas assez nombreuses...). Les coûts peuvent aussi être prohibitifs. » (Cf. site Agevillage.com).

Il y a de nouveaux besoins : en 2000, 18 % des personnes de plus de 75 ans sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, soit près de 800.000 personnes. Or, 60 % vivent à leur domicile.

Il y a aussi des évolutions sociologiques : les familles se dispersent plus qu'autrefois, les parents sont davantage isolés ; la précarité des situations des plus jeunes nuit aux solidarités ; les générations actuelles de femmes âgées ont plus souvent connu et apprécié l'autonomie ; les progrès de la médecine et de la technique favorisent aussi la possibilité d'une vie plus active plus longtemps...

Un peu d'histoire...

C'est en 1962 que le rapport Laroque a officialisé, sous le terme « politique de la vieillesse », l'idée que le maintien à domicile doit devenir une des priorités de la politique sociale menée en direction des personnes âgées. « A partir des années quatre-vingt, cette politique a poursuivi simulta-

nément deux objectifs : permettre aux personnes âgées de demeurer chez elles et soutenir l'insertion de personnes peu ou pas du tout qualifiées sur le marché du travail, l'aide à domicile leur permettant d'accéder à un emploi. C'est seulement dans un deuxième temps que la question de la qualification et de la formation professionnelle aux métiers de l'aide à domicile s'est posée. »⁶

Les services d'aide à domicile

Ce sont les principales structures d'aide à domicile. Il existe environ **7.000 services** d'aides à domicile en France, mais « l'emploi direct » - quand la personne âgée embauche directement une aide à domicile, par l'intermédiaire d'un chèque emploi service, d'un contrat (ou autre), sans association - est le plus répandu⁷.

« La plupart des structures d'aide à domicile existent depuis 20 ans et plus. Les plus anciennes sont caractérisées par une dimension « militante » (issues de mouvances confessionnelle, syndicale, laïque...), encore présente aujourd'hui, notamment à travers le bénévolat et leur conception du service. En revanche, pour des structures créées plus récemment (dans le contexte de développement des emplois familiaux soutenus par les mesures fiscales) l'approche du service est plus « libérale » (car leur activité est financée par les particuliers eux-mêmes). »⁸

De manière résumée, la **mission des services** est de répondre à des demandes formulées par des



personnes âgées ou leur famille. Elle suppose une instruction administrative, sociale et médicale de la situation, qui sera complétée par une visite sur le lieu d'habitation, pour une évaluation de la situation de la personne (et pas seulement une réponse à sa demande). Celle-ci permet aussi de repérer des éléments matériels dans l'environnement familial, en lien avec l'état de santé de la personne : état d'un aspirateur, surfaces à entretenir, caractéristiques de la salle de bain... Le service permet d'ajuster, d'arbitrer, voire de demander l'achat d'un équipement en préalable.

Il existe une **diversité de services** d'aide à domicile suivant :

- ▶ leur taille : d'une dizaine de salariées à quelques centaines pour les plus grosses,
- ▶ le type de structure : association, CCAS, association intermédiaire... Sur 7.000 associations, 70 % sont des associations de droit privé, à but non lucratif, et 20 % des CCAS (centres communaux d'action sociale) rattachés au Conseil Général,
- ▶ le milieu rural ou urbain,
- ▶ la conception du service (libérale ou sociale), de la gestion du personnel (exemples : formations, réunions),
- ▶ le type de financement,
- ▶ la philosophie sous-jacente,
- ▶ le type d'activités : aides à domicile, soignants...
- ▶ la présence d'une coordination des différents intervenants (CLIC ou équivalent),
- ▶ l'affiliation aux fédérations (ou pas) : UNADMR (3.000 associations, 52.000 salariés et des bénévoles), UNASSAD (1.200 structures, 80.000 salariés), ADESSA...

Ces structures développent deux types d'offres de service auprès des demandeurs :

- ▶ **Prestataire** où le service est employeur : c'est le cas pour 66 % des personnes aidées (mais cela représente 57 % des heures d'intervention). Le service prestataire prend en charge l'organisation complète du service : depuis l'évaluation de la situation du demandeur, le montage du dossier auprès des services de Caisse de retraite ou de l'aide sociale départementale (ou pour une demande APA), en passant par le remplacement des aides à domicile en cas de maladie ou de congés, l'encadrement des équipes d'aide à domicile et leur formation. Le prix de l'heure prestataire est fixé par le Conseil Général et devrait intégrer la totalité des coûts du service.
- ▶ **Mandataire** où le service assure la recherche du personnel et les démarches administratives pour les familles (bulletins de payes, contrats de travail et gestion des cotisations sociales...), mais où l'employeur direct reste la personne âgée : cas pour 33 % des personnes aidées (un peu moins de 50 % du total du nombre d'heures en 2001. Cf. Dares, oct 2002). Dans cette configuration là, les coûts de montage de dossier, de frais de gestion mensuelle viennent s'ajouter aux heures effectuées par les aides à domicile. Le coût global est inférieur au

5 Catherine Vautrin, secrétaire d'Etat aux personnes âgées, janvier 2005.
6 BRESSE Sophie, DREES, L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées, dans Retraite et société, N° 39, juin 2003 : voir « Pour en savoir plus ».

7 Les aides à domicile relèvent alors d'une autre convention collective, celle des « particulier employeurs », moins favorable que l'accord de branche de mars 2002.

8 Cf. Rapport ANACT/DGAS, Freins à l'embauche et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile » de Farida Yahiaoui et Anne-Marie Nicot, nov 2002 : voir « Pour en savoir plus ».



service prestataire et permet davantage d'heures, mais la prise en charge est moindre.

63 % des services d'aide à domicile font à la fois du prestataire et du mandataire (6 % font exclusivement du mandataire).

L'équilibre « prestataire-mandataire » est bousculé

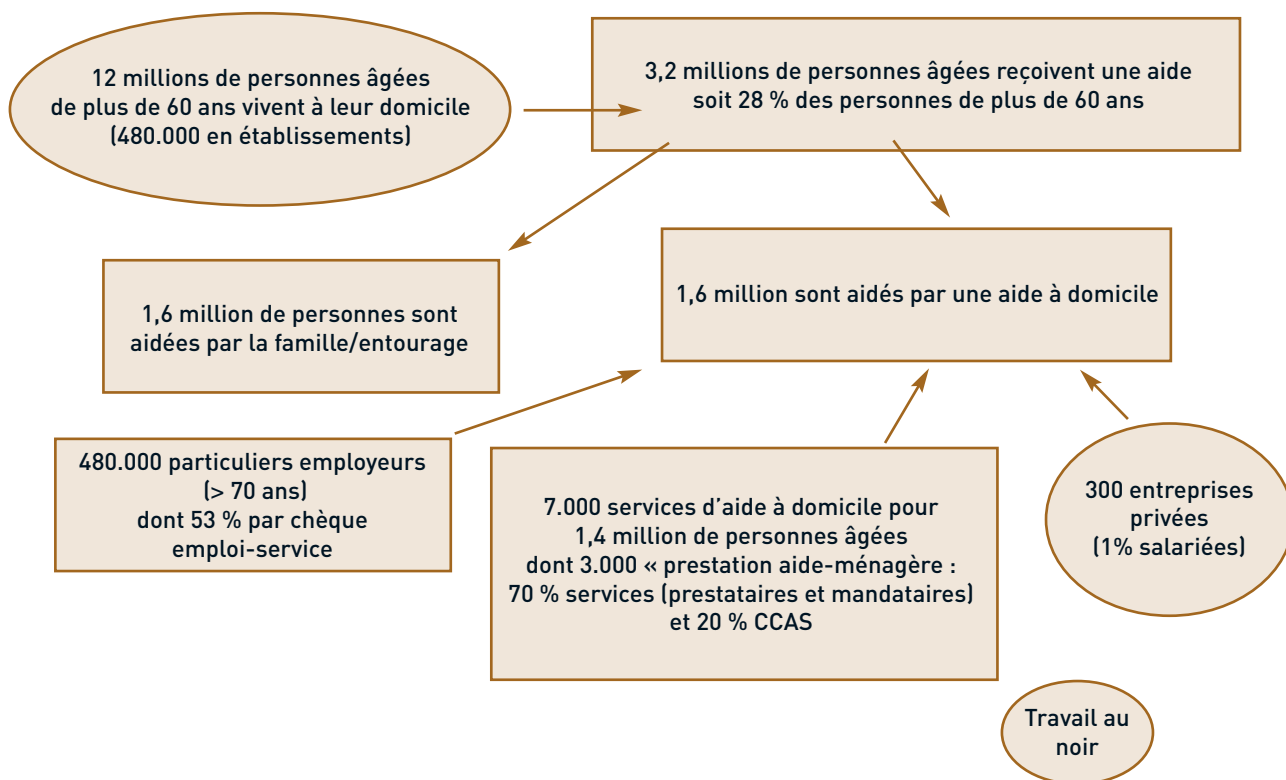
« L'empilement » des mesures du gouvernement (liées une fois au social, une autre fois à l'emploi, etc.) conduit à la mise en concurrence des différents systèmes « prestataire, mandataire, particulier employeur ».

Les services d'aide à domicile qui défendent une

qualité de la relation de service et la professionnalisation des aides à domicile, informent les usagers des avantages du prestataire : par exemple, quand la personne âgée est très dépendante ou quand elle n'a pas de famille... (personne plus qualifiée, encadrement, remplacement de l'aide à domicile, en cas de rupture de contrat...) et pour les salariées des associations (reconnaissance du métier). Ils mettent en relief les difficultés que comporte le mandataire, même s'il est moins cher que le prestataire (problèmes de remplacement, congés, licenciement, manque de formation...), difficultés dont n'a pas conscience une famille souvent désemparée par un événement qui vient de se produire.



QUI AIDE LES PERSONNES ÂGÉES À LEUR DOMICILE ?



(source : revue « Retraite et Société » N°39, juin 2003, DREES, Etudes et résultats, N° 142, nov 2001)

Sur les 3,2 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, aidées à leur domicile en raison d'un handicap ou d'un problème de santé :

- près de la moitié ne sont aidées que par un membre de l'entourage (enfants ou conjoint dans 90 % des cas, dont 66 % par des femmes), amis et voisins interviennent 2 fois sur 3,
- 29 % cumulent une aide informelle et une aide professionnelle (du secteur médico-sanitaire et social),
- 21 % seulement ne bénéficient que de l'aide d'un professionnel (soit 690.000 personnes).

PENDANT LA CANICULE DE L'ÉTÉ 2003, DES AIDES À DOMICILE ONT SAUVÉ DES VIES

« 15.000 morts de la canicule de l'été 2003, c'est un signe renvoyé à la société sur les besoins de prise en charge des personnes âgées. » (Paulette Guinchard-Kunstler, 2003).

Plusieurs aides à domicile (de différentes régions) témoignent qu'elles ont fait beaucoup de prévention, qu'elles venaient voir les personnes plus souvent,

(pour des personnes très dépendantes, trois fois par jour plutôt que deux fois prévues ou deux fois une heure, matin et après-midi). Elles ont réorganisé leur travail elles-mêmes.

Par la suite, des financements ont été décidés au niveau national mais pour les établissements et pas pour les services d'aide à domicile.



L'évolution du cadre juridique et institutionnel du travail d'aide à domicile

Plusieurs textes réglementaires régissent et organisent le travail des aides à domicile. Ils donnent un pouvoir nouveau aux Conseils Généraux en solvabilisant les bénéficiaires et en qualifiant les personnels, avec une évolution « vers la professionnalisation ».

La loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.)

Mise en place depuis le 1er janvier 2002, l'APA (voir encadré) vise à permettre aux personnes âgées de 60 ans au moins et rencontrant des difficultés pour accomplir les gestes ordinaires de la vie (perte d'autonomie), de financer les aides nécessaires pour accomplir les actes de la vie quotidienne à domicile ou en établissement.

En France 873.000 personnes (mars 2005⁹) bénéficient de l'APA dont 59 % environ à domicile. Ce nombre élevé de bénéficiaires de l'APA et sa montée en charge ont surpris l'ensemble des professionnels : (avant, 200.000 personnes seulement bénéficiaient de la PSD, « prestation spécifique de dépendance »).

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

C'est une prestation en nature, c'est à dire qu'elle est affectée à des dépenses précises mentionnées dans un plan d'aide. Ce plan d'aide fait le bilan des aides dont la personne a besoin pour son maintien à domicile (aide à domicile, garde-malade, travaux de dépannage, téléalarme, portage des repas, aides techniques, aménagement de l'habitat, transport...).

L'APA, attribuée par le département (décision du Conseil Général¹⁰), est destinée à financer une partie des frais liés à la dépendance. Son montant est fonction du niveau de dépendance et des revenus de la personne âgée : le montant maximal du plan d'aide est de 492 euros par mois pour une personne en GIR 4 et de 1.148 euros en GIR 1 (chiffres de février 2005).

L'APA est accordée pour 5 ans. Les 4 premiers GIR (voir encadré sur la grille AGGIR) ouvrent droit à l'APA. Les personnes âgées moins dépendantes, en GIR 5 et 6, peuvent bénéficier de la « prestation

d'aide ménagère à domicile » par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

Pour 55 % des personnes âgées ayant l'APA, l'aide à domicile est assurée par un service prestataire, 16 % par le mandataire et 22 % en « emploi direct » et 7 % par une combinaison de services. Paradoxalement, ce sont les personnes âgées en GIR 4 qui ont davantage recours au prestataire (63 %) que les autres (44 % pour les GIR 1). Le dispositif visait pourtant à favoriser le prestataire dans les cas lourds. (source DREES).

Pratiquement, suite à leur demande pour obtenir l'APA, une assistante sociale (ou conseillère en économie sociale et familiale) du Conseil Général évalue leurs besoins et propose un plan d'aide. Il est souhaitable que cette professionnelle travaille en relation avec des services d'aide à domicile, le médecin, des soignants... pour que le plan d'aide soit adapté aux besoins et aux attentes réels des personnes.



Toutefois les professionnels de l'aide à domicile rencontrent des difficultés dans la mise en place de l'APA et dans l'utilisation de la grille AGGIR.

► Face à l'augmentation des demandes avec l'APA, les effectifs des aides à domicile n'ont pas augmenté et il y a même des difficultés de recrutement de nouvelles personnes qualifiées pour les structures.

► **Dans ce contexte, les aides à domicile constatent des changements dans leurs conditions de travail :**

- **Leur travail est « émietté »** : par exemple, elles interviennent parfois moins de 2h par domicile pour des personnes très dépendantes (pour la faire manger, l'aider à se lever, à se coucher...).

- **Parfois elles gèrent les écarts avec un « plan d'aide » qui sous-estime les besoins réels des personnes âgées** : par exemple, la personne n'a

pas osé dire qu'elle ne peut plus faire sa toilette seule et l'aide à domicile le découvre dans la vie quotidienne.

*« Ils ont donné 20 heures et ils ne connaissent pas la personne... parfois il y a tout à gérer. »
« Ceux qui font le plan d'aide, ils ne visitent pas les pièces... ils ne demandent pas l'âge de l'aspirateur. »*

- **Le nombre de « cas lourds » augmente :**

« Avec l'APA, on a de plus en plus de personnes très âgées qui perdent la mémoire ou de grands malades, de plus en plus d'aides à la toilette... ce qui rend notre profession de plus en plus dure. » ... « Ça se dégrade, on nous en demande de plus en plus ! »

9 Margot PERBEN, L'APA au 31 mars 2005, DREES, Etudes et résultats, juillet 2005, N°415 : voir « Pour en savoir plus ».

10 Pour les « Plans d'aide », le Conseil Général décide :

- du montant de l'heure de l'aide à domicile suivant les départements,
- du versement mensuel soit aux personnes âgées, soit aux associations d'aide à domicile.



EVALUER L'AUTONOMIE : GRILLE AGGIR (AUTONOMIE GÉRONTOLOGIE GROUPE ISO RESSOURCE)

La grille AGGIR est un outil qui, dans le cadre de l'APA, permet d'évaluer l'autonomie (physique et psychique) de la personne, à partir de 6 groupes (GIR 1 à 6 : du plus dépendant au moins dépendant), à partir de 17 variables :

- ▶ 10 variables dites « discriminantes » se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts (se lever, se coucher...), déplacements à l'intérieur et à l'extérieur, communication à distance),
- ▶ 7 variables dites « illustratives » concernent la perte d'autonomie domestique et sociale : gestion de son budget et de ses biens, ménage, transports, achats...

Pour réaliser le plan d'aide, d'autres informations doivent être recueillies : désirs, attentes, environnement familial et social, état de santé... (Cf. rapport du Comité scientifique sur la grille AGGIR présidé par Alain Colvez de l'INSERM).

« La définition du plan d'aide est le résultat de la confrontation puis d'arbitrages entre, d'une part, l'évaluation de la situation de la personne (pour déterminer le niveau et la nature de la prise en charge) et, d'autre part, les possibilités de financements (conditions d'accessibilités aux prestations aidées et moyens de financement de la personne ou de sa famille qui peut être d'accord ou non pour payer). » (ANACT/DGAS).

Globalement, le classement en GIR aboutit à ce que les heures soient souvent accordées quand la situation de la personne est déjà dégradée. D'où le risque d'augmenter la charge de travail des aides à domicile avec des personnes davantage handicapées et de réduire la prévention pour des personnes qui le sont moins.

Exemples « d'aberrations » :

- ▶ Un monsieur ne peut pas sortir seul (à cause de malaises), et aurait besoin de 3 fois 2h pour l'accompagner à l'extérieur (courses, médecin, bibliothèque...). Comme il réalise seul toutes les activités décrites, le calcul du GIR ne lui accorde pas ces heures. Sentant poindre la dépression, il paie lui-même (parce qu'il peut le faire).
- ▶ Une dame aveugle qui s'habille seule... sous réserve que quelqu'un lui ait préparé tous ses vêtements dans l'ordre où les passer : la grille ne prend pas en compte l'autonomie « sous réserve de », donc elle n'aura pas d'aide.

(directrice d'association) « les modalités d'évaluation basées sur le déclaratif lèsent les personnes combattives et favorisent les personnes qui revendiquent leur « droit à... »... Cette grille est inadaptée au domicile, elle ne prend pas assez en compte le travail de stimulation. »



L'accord de branche du 29 mars 2002 (accord d'agrément par les pouvoirs publics le 22 janvier 2003)

Huit fédérations d'associations, regroupant environ 160.000 salariées, ont signé cet accord de branche concernant l'emploi, les rémunérations et les classifications du secteur de l'aide à domicile.

L'effet direct (au 1^{er} juillet 2003) est la revalorisation salariale de 24 % en moyenne, étalée sur 3 ans, ce qui permet aux personnes les plus qualifiées d'atteindre des niveaux de rémunération comparables à ceux des aides soignants. Il n'y a plus un seul niveau au-dessous du SMIC (avant l'accord il fallait 16 à 17 ans d'ancienneté pour espérer dépasser le SMIC !).

L'accord distingue trois noms pour définir le métier d'aide à domicile : « agent à domicile », « employée à domicile » ou « auxiliaire de vie sociale ». Il identifie des qualifications en distinguant 3 catégories auxquelles correspondent un niveau de rémunération : A, pour le personnel non diplômé, B, pour un échelon intermédiaire nouvellement créé afin de tenir compte de l'introduction de la validation des acquis de l'expérience (VAE) reconnaissant le parcours professionnel et C, pour les titulaires du DEAVS. Une personne de catégorie C à temps plein débute à 1.450 euros par mois (contre 1.127 euros avant), une personne en catégorie A à 1.180 euros.

« Sur le terrain » les compétences des aides à domicile dépassent largement, les trois « catégories » que reconnaît l'accord de branche : les frontières ne sont pas si nettes entre une aide à domicile de catégorie C qui a peu d'expérience et une

aide à domicile de catégorie A qui en a beaucoup, mais qui refuse de passer le diplôme alors que cela lui assurerait une meilleure reconnaissance.

Toutefois l'accord de branche ne règle pas tout pour les professionnels de l'aide à domicile :

Il ne s'applique pas encore à toutes les structures¹¹. Les 80.000 salariés du secteur associatif non fédéré, par exemple, ne sont pas concernés, leur salaire restant bloqué au SMIC. Il ne s'applique ni aux salariés des entreprises de service, ni aux aides à domicile, salariées des « particuliers employeurs », dont les avantages sociaux sont moindres (autre convention collective).

Les services d'aide à domicile s'interrogent sur les moyens :

- ▀ Comment répercuter financièrement les applications de cet accord ?
- ▀ Quelles sont les réelles possibilités de recrutement, sans risque, d'un personnel qualifié ?
- ▀ Quelle formation pour des salariées qui ont déjà une expérience de terrain ?

Certains craignent que les efforts de professionnalisation chez les associations prestataires, provoquant une augmentation du coût de l'heure de l'aide à domicile, favorisent un glissement vers le mandataire, voire le « particulier employeur » :

« Pour une aide à domicile avec DEAVS, les associations non signataires de l'accord de bran-

¹¹ Le plan Borloo prévoit son extension à toute la branche de l'aide à domicile (pas de précision de date).



che réalisent une marge de 4,14 euros contre 0,19 euros pour celles qui ont signé. » (CFDT, 2003).

L'arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) décrit le « référentiel d'activités » de l'aide à domicile :

Il est composé de deux grandes catégories : "les fonctions clés d'aide à la personne" et "les fonctions transversales".

Dans la réalité, les aides à domicile se heurtent à un manque de reconnaissance, y compris par les autres acteurs du maintien à domicile.

Les "fonctions transversales" ne le sont que si elles sont prises en compte par les autres acteurs de l'aide à domicile.

Ainsi elle "observe et participe à l'analyse de la situation sur le terrain". Observer dépend d'elle mais participer à l'analyse dépend de l'écoute qu'on voudra ou pourra lui accorder. De même : " travailler en équipe", "rendre compte de son intervention auprès des responsables du service, faire part de ses observations, questions et difficultés avec la personne aidée", "intervenir en coordination avec les autres intervenants au domicile" : ce sont autant de responsabilités, mais qu'elle ne peut mettre en pratique que si les autres acteurs y sont attentifs.

A y regarder de plus près, même les fonctions-clés décrites ne dépendent pas entièrement de l'aide à domicile. Beaucoup sont liées au temps disponible, à la pertinence du plan d'aide, aux

relations avec les autres intervenants, à la fonctionnalité des installations aux domiciles...

Or tout cela relève d'interventions, voire de politiques institutionnelles, matérialisées par des niveaux de financement.

« On nous demande de passer le DEAVS mais il faut du temps, une organisation de l'association. »

D'autres textes :

- la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (décrets en cours d'élaboration),
- la circulaire DGAS/SD du 28 novembre 2002 relative aux modalités d'intervention du fonds de modernisation de l'aide à domicile des PA,
- Norme AFNOR NF X50-056 de septembre 2000 « Services aux personnes à domicile » (démarche qualité pour les services de soins, d'aide à domicile...),
- Circulaire du ministère de l'emploi et de la solidarité en 2001, sur la création des CLIC (comités locaux d'information et de coordination gérontologique),
- Plan du vieillissement suite à la canicule de 2003, création de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), journée du lundi de Pentecôte travaillée,
- Loi Borloo sur le développement des services à la personne (JO du 27 juillet 2005)...



Le mode de financement de l'aide à domicile impose des contraintes dans le travail des aides à domicile et de leur encadrement

Ce mode de financement est très complexe. L'un des problèmes est qu'il est uniquement fondé sur un volume d'heures attribuées aux personnes âgées.

Le maintien à domicile se fait dans le cadre d'une demande individuelle des personnes âgées et de leurs familles et dans le cadre d'une prise en charge financière :

- ▶ soit par le Conseil Général pour l'APA,
- ▶ soit par des caisses de retraite (CRAM, MSA...),
- ▶ soit par le département pour l'aide sociale pour les personnes ayant des ressources faibles.

Une partie reste à la charge des personnes aidées : elles participent par le biais d'une contribution dont le montant est déterminé en fonction de leur revenu, du niveau de dépendance, de l'âge, du département... et du barème de la caisse qui les prend en charge.

Les services d'aide à domicile, malgré leur statut privé, ne disposent d'aucune ressource propre pour assurer une part du financement.

Ce mode de financement du maintien à domicile implique un équilibre économique difficile pour les services et une situation précaire pour les aides à domicile :

Le problème crucial se situe dans les moyens mis

à la disposition pour faire fonctionner une structure qui a la volonté d'offrir un service de qualité.

L'équation est complexe : la charge est variable puisqu'à tout moment la demande peut cesser en fonction des événements – hospitalisation, décès, placement en maison de retraite – ou augmenter en fonction de l'arrivée de nouvelles demandes ou par la nécessité d'accroître la présence d'une aide dans un domicile.

Il s'agit pour le service d'équilibrer les revenus directement liés au nombre d'heures réalisées dans l'année¹² et les dépenses en matière de salaires et de coût de fonctionnement. Le coût des frais de gestion, de formation du personnel et des heures travaillées hors intervention est sous-estimé.

« La pratique actuelle du financement des structures sur la base des heures d'intervention amène donc à financer de manière identique des structures qui ne fournissent pas le même niveau de service. » (ANACT/DGAS).

Des inégalités apparaissent suivant les départements en ce qui concerne le nombre d'heures attribuées, et le coût horaire d'une aide à domicile. Les personnes aidées risquent de voir non seulement leur participation financière s'accroître, mais aussi le nombre d'heures diminuer, ce qui ne facilitera pas le travail des aides à domicile.

Les aides à domicile constituent la « variable d'ajustement » :

Ainsi, des temps de leur travail ne sont pas payés :

12 et non d'un budget global comme c'est le cas pour les services de soins infirmiers financés par un financeur unique qui est la Sécurité Sociale.



par exemple, le temps de déplacement est pris en compte entre deux interventions en prestataire, mais ne l'est plus si une des interventions est en mandataire (les aides à domicile travaillent souvent en prestataire et en mandataire). Le temps pour amener leurs fiches mensuelles à l'association, chercher leur fiche de paie et les factures des clients, n'est pas non plus rémunéré.

De plus, le volume d'heures par domicile étant évalué souvent par les financeurs sur la base des tâches ménagères (compte tenu de leur représentation du métier), les aides à domicile sont obligées de gérer en permanence une pression temporelle élevée dans leur travail.

Ce fonctionnement du système institutionnel et ces conditions financières pèsent dans la capa-

cité des structures à faire évoluer le métier, et donc sur les conditions de travail et de santé de leurs salariées (sans parler de la qualité du service aux personnes aidées).

Des associations réclament un financement par poste de travail qui prenne en compte le coût réel du fonctionnement de la structure, leurs investissements, le temps des réunions...

Les évolutions du contexte (APA, démarche qualité, mise en place du DEAVS, application de l'accord de branche...) risquent d'aggraver ces difficultés économiques pour les services d'aide à domicile. (exemple d'une association à Marseille, la première à être conforme à la Norme AFNOR, et qui a connu de graves difficultés économiques).

LE TRAVAIL CONCRET DES AIDES À DOMICILE



A la fois attachant et difficile, c'est ce qui ressort des propos des aides à domicile sur leur travail : attachant, il l'est parce que les aides à domicile travaillant auprès de personnes âgées savent qu'elles sont utiles, attendues, parfois indispensables. Difficile, il l'est pour la même raison, inversée : il est lourd d'être parfois la

seule personne sur qui la personne âgée peut compter, du moins de façon régulière.

Comme pour tout travail, on découvre dans l'analyse de celui des aides à domicile des aspects du travail quotidien qui ne sont souvent ni connus, ni reconnus. Leur prise en compte devrait per-

PRINCIPALES FONCTIONS D'UNE AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE (ACCORD DE BRANCHE DU 29 MARS 2002) :

- ▶ « elle accompagne et aide les personnes dans :
 - les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilité, aide à la toilette, aide à l'alimentation...),
 - les activités ordinaires de la vie quotidienne (aide à la réalisation des courses, aide aux repas, travaux ménagers),
 - les activités de la vie sociale et relationnelle
- (stimule les relations sociales, accompagne dans les activités de loisirs...).
- ▶ elle participe au diagnostic et à l'évaluation de la situation et adapte son intervention en conséquence,
- ▶ elle coordonne son action avec l'ensemble des autres acteurs. »



mettre d'aboutir à des changements de regard sur le métier et les compétences des aides à domicile.

Les aides à domicile réalisent un « travail social »



L'aide à domicile est une "travailleuse sociale"¹³ même si elle n'en a pas toujours le statut. La dénomination d'"auxiliaire de vie sociale" le prend désormais en compte (voir encadré). Sa fonction est d'aider les personnes à garder leur autonomie pour maintenir des relations sociales et un soutien psychologique.

L'image du métier des aides à domicile dans la société masque la réalité de leur travail concret et de leurs responsabilités importantes :

- **L'aide à domicile n'est pas une « femme de ménage »** : contrairement à une personne qui fait appel à une femme de ménage, la majorité des personnes âgées attend généralement

de l'aide à domicile une relation d'écoute, bien au-delà du ménage, même quand celui-ci constitue l'essentiel de la demande initiale. Il est sans doute significatif que le terme d'"aide-ménagère" n'ait pas complètement disparu, (y compris chez des financeurs où il est question encore de « prestation d'aide ménagère »). Pour la famille, il est peut-être plus facile de penser que la personne extérieure est appelée en renfort pour des travaux domestiques.

« Avant, j'étais femme de ménage chez des particuliers, je repartais sans avoir vu personne. Depuis que je suis aide à domicile, je me sens vraiment utile. Je pense que j'apporte quelque chose aux personnes aidées. Et quand j'arrive, je sais que je suis attendue. »

- **Elle n'est pas non plus une « aide-soignante »** : pourtant la situation de certaines personnes âgées rend cette frontière difficile à établir si nettement. Les aides à domicile rendent parfois des services tellement proches du soin, tant physique que psychique, qu'elles contribuent de fait à l'état sanitaire de la population des personnes vieillissantes.

« J'assure le nettoyage de l'appartement de Mr et Mme T. pendant une heure. La demi-heure restante est consacrée à la promenade pour Mme. Elle apprécie beaucoup ce moment où elle peut s'oxygéner, rencontrer des gens. De temps en temps je lui fais une mise en plis, cela lui fait très plaisir, car elle est coquette. »¹⁴



Le travail concret des aides à domicile varie d'un domicile à l'autre suivant la situation particulière de la personne âgée, son état de santé, son entourage, son caractère, ses attentes, son milieu social... :

- ▶ entre la personne encore très autonome qui préfère l'aide d'une personne extérieure au fait de se sentir tributaire de ses enfants ;
 - ▶ et la personne seule et fragile qui ne sait plus ou ne peut plus accomplir les gestes quotidiens ;
 - ▶ entre celle qui a besoin d'une stimulation psychologique pour sortir ;
 - ▶ et celle qui ne peut plus marcher seule ;
 - ▶ entre celle à qui il faut redonner le goût de vivre ;
 - ▶ et celle qui veut profiter à plein de sa bonne santé ;
- le travail est évidemment différent. Toutes ces situations, toutes ces attitudes, et beaucoup d'autres, les aides à domicile les connaissent, s'y adaptent, préférant d'ailleurs parfois tel et tel type de personne âgée, dynamique ou fragile, plus directive ou plus accommodante...

Elles s'adaptent donc à chaque fois aux situations des personnes, différentes les unes des autres. Elles soulignent la difficulté de gérer les changements de foyer, en situation de remplacement ou de nouveau domicile où intervenir, ou encore suite à un décès.

A noter que le travail des aides à domicile varie d'une structure à une autre en fonction de l'organisation du travail et du soutien de ses salariées.

« Pour telle personne, le fait de savoir que sa maison est extrêmement propre, jusque derrière les radiateurs ou le frigo, aura une énorme importance. Pour une autre, c'est la visite chez le coiffeur qui en aura. »

« Dans certaines situations le problème financier est grave : il faut acheter l'Eau de Cologne en sacrifiant sur la nourriture (dans le cas d'une tutelle). Alors quand une machine tombe en panne !... Il faut faire les courses avec la calculatrice ! »

(Exemple vécu) L'aide à domicile accompagne une fois par mois à la Caisse d'Épargne pour faire ses retraits Mme M qui a des vertiges. Mais le quartier n'est pas sûr. Un jour elles ont été agressées mais elle a réussi à assommer son agresseur, qui les menaçait avec un cutter, avec une poêle qu'elle venait d'acheter !

Les activités des aides à domicile sont articulées et imbriquées entre elles

Le travail implique de gérer simultanément des activités diverses, en tenant compte des souhaits de la personne aidée et de sa difficulté souvent de « donner à faire »...

¹³ Nous parlerons au féminin car la majorité des professionnelles de l'aide à domicile sont des femmes.

¹⁴ « Les aides à domicile écrivent leur métier », SEMAD d'Annonay, 2002 : voir « Pour en savoir plus ».



Dans une situation observée chez Mme S, l'aide à domicile fait le lever, l'aide à la toilette, l'habillage, un peu de ménage. Dans le même temps elle parle de la santé, évoque la famille, met de l'ordre dans les papiers, va chercher le courrier, vérifie les stocks dans la pharmacie. Elle écoute les plaintes et stimule aussi cette personne qui déprime.

Le lien permanent entre la gestion des actes techniques (nursing, ménage, courses...) et la gestion de tâches sociales et psychologiques se traduit en terme d'autonomie, de soutien, de réassurance... de la personne aidée.

Dans cette relation, l'aide à domicile fait référence en permanence à ce qui s'est passé (visite

de la famille, collègues précédentes...) et à ce qui doit être fait (les courses, les rendez-vous, les coups de fil...). Comme s'il y avait là à satisfaire un besoin de planification qui sert autant à la personne âgée qu'à la programmation de l'action de l'aide à domicile.

Et puis il y a les activités à l'extérieur du domicile : contacter la famille, d'autres intervenants à domicile (médecin, infirmière, kiné...), faire des démarches, se déplacer entre les domiciles, rencontrer la responsable de secteur de l'association, aller à une réunion avec des collègues, se former...

Les aides à domicile travaillent sous fortes contraintes de temps

« Quand en 2 heures il faut faire du ménage, aller faire les courses, descendre les étages, faire la queue, regarder les prix, remonter six étages et préparer le repas, tout en étant disponible pour écouter la personne, c'est vraiment du sport. »

« C'est tellement agréable d'avoir affaire à quelqu'un (l'aide à domicile) de disponible, qui prend le temps de nous écouter, de bavarder. Ce n'est pas comme nos enfants qui sont toujours pressés. » (ouvrage SEMAD, 2002).

- ▀ **Les aides à domicile interviennent dans plusieurs domiciles par jour** (deux à quatre en moyenne), durant une ou plusieurs heures, deux fois par semaine dans chaque domicile, parfois





deux à trois fois par jour chez la même personne si elle est très dépendante. Elles interviennent dans la durée, **parfois pendant plusieurs années mais « par petites touches »**. Combien d’heures sont ainsi passées à partager la vie quotidienne ?

Alors que le temps est indispensable pour mettre en place la confiance avec la personne et l’aider à maintenir son autonomie, pour que

des liens se tissent avec les personnes, elles travaillent dans un temps limité chez les personnes âgées, qui, elles, ont du temps.

« L’enchaînement des interventions est source de tension, d’une intervention à l’autre elles courent après le temps... pour la personne âgée l’intervention est un repère dans la journée, et un retard minime prend vite des proportions considérables. » (Anact/DGAS).

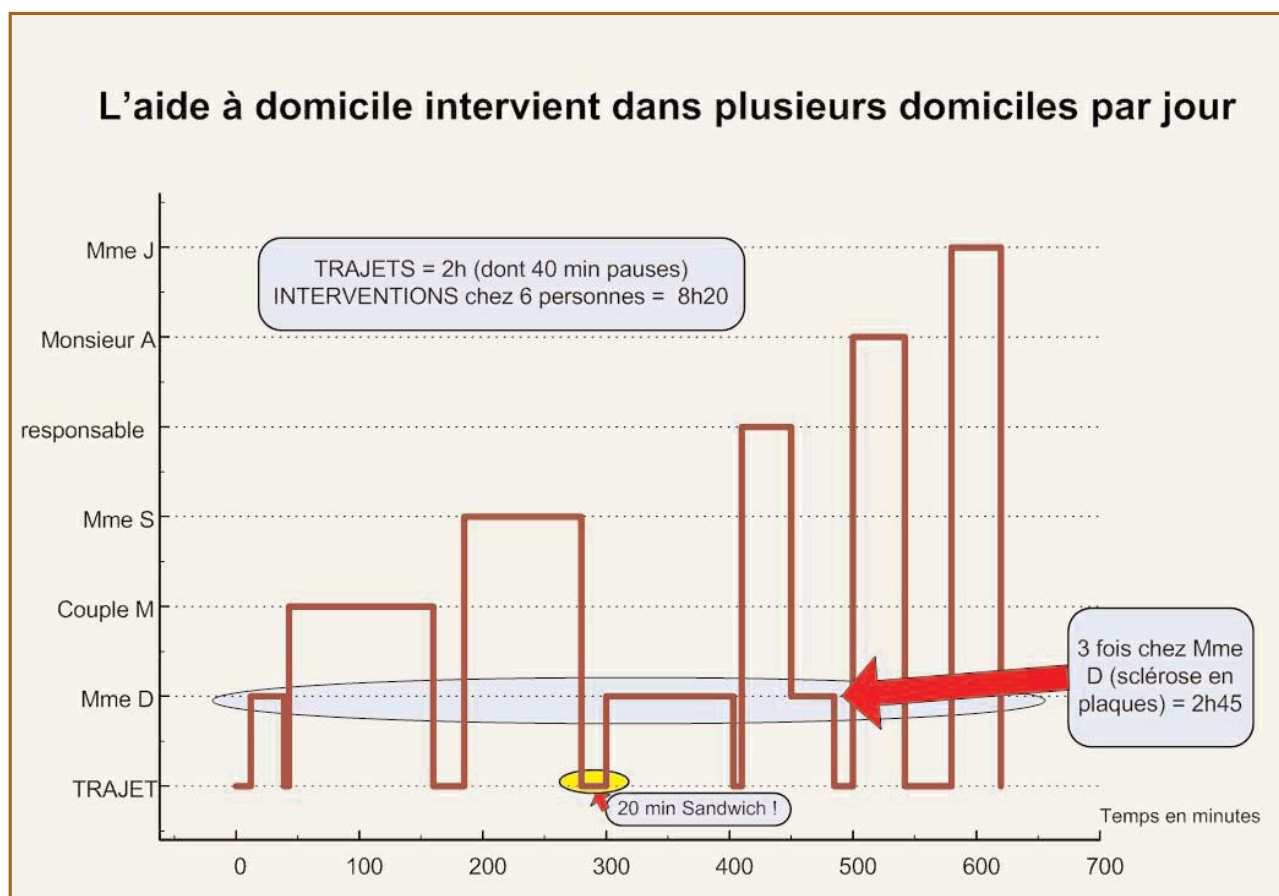


Figure Relevé des activités d’une aide à domicile sur une journée (en banlieue d’une ville)
 Les activités sont dispersées dans le temps et des lieux différents : en 10h20 d’observations du travail, l’aide à domicile a effectué 2h de trajet, déplacements entre 6 domiciles, travaillé chez 5 familles (3 fois chez la même), pris 20 minutes pour manger un sandwich...



► **Il y a des jours où réaliser toutes les tâches demandées (ou attendues) en deux heures relève du tour de force.** Et, de temps en temps, les horaires prévus sont dépassés. Elles travaillent donc sous contraintes de temps fortes, en réduisant parfois les temps de repos ou de déjeuner. C'est une contrainte qui est sans cesse remise en jeu d'un domicile à l'autre : la contrainte existe chez une personne, mais l'aide à domicile ne peut pas compter rattraper le temps chez une autre personne, car la même contrainte la tient.

D'autant plus qu'il peut y avoir des imprévus à gérer : par exemple, la responsable de secteur prévient qu'une collègue est en prolongation d'arrêt maladie et lui demande de la remplacer chez une de ses clientes.

Leurs déplacements fréquents entre les domiciles les confrontent au risque routier. La pression temporelle augmente l'exposition à ce risque. Mais, a contrario, elles apprécient la relative autonomie que ces déplacements leur donnent et la possibilité de « récupérer » (par exemple, après une situation difficile).



« On conduit plus vite sur la route pour rattraper le retard pris avec une personne et pour éviter de faire attendre la personne suivante ou pour éviter d'entendre une réflexion sur son retard. »

► **Leurs horaires** sont à la fois atypiques, irréguliers et bien définis : certaines tâches comme l'aide à la toilette, le lever et le coucher, les repas, doivent être réalisées dans des plages horaires restreintes et bien définies et les obligent à passer deux fois chez la même personne. Sans parler du travail parfois le week-end, la nuit... et des conséquences de ces horaires sur leur vie hors-travail.

► **Elles gèrent aussi le temps avec d'autres intervenants à domicile.**

Des difficultés existent parfois dans la coordination des besoins des personnes et les plages d'intervention des uns et des autres.

Par exemple, avec les soignants :

« Je suis là pour faire manger cette personne handicapée et je dois repartir à midi. Mais aujourd'hui il est 11h 30 et l'infirmière n'est pas encore arrivée pour la toilette. La personne est toujours en pyjama. Doit-on commencer à s'installer pour le repas au risque de l'interrompre pour passer à la salle de bain ? Enfin voilà, elle fait son travail assez rapidement et tout rentre dans l'ordre. »

« L'aide soignante m'encourage à partir à l'heure. Elle installera Mr D. à table. Je la remercie, sachant qu'une autre fois, je me chargerai à sa place de laver le lavabo, de mettre les couches à la poubelle... »



Les aides à domicile travaillent avec des « consignes » différentes, parfois contradictoires

« On arrive le matin, on ne sait pas ce qu'on va trouver. »

Une famille se plaint à l'association : « L'aide à domicile n'a pas lavé la tête de la personne ». L'aide à domicile explique : « J'ai été convoquée, elle a demandé à ne plus aller chez la personne avec qui pourtant elle s'entendait bien, mais qui, d'après elle, n'avait plus le libre arbitre par rapport à sa famille. »

Le « travail prescrit » c'est ce qu'on me dit de faire, et le « travail réel » (ou mon activité concrète de travail), c'est ce que je fais effectivement, comment je gère le temps, les imprévus... et le sens que cela a pour moi. Dans tout travail il y a des « consignes », celles données par les autres et celles que l'on se donne à soi-même (on parle aussi d'auto-prescriptions).

Dans le cas des aides à domicile, il y a des « consignes » émanant :

- d'une part, de la structure qui organise le travail des aides à domicile avec les horaires, la durée et la fréquence des interventions dans les domiciles, les lieux, l'adéquation entre l'aide à domicile et la personne aidée, les dates de réunions... Le service lui-même tient ses prescriptions de divers horizons : son conseil d'administration, la convention collective, ses financeurs, la démarche qualité, etc.
- et, d'autre part, des personnes chez qui elle intervient. Et dans chaque domicile, c'est la personne elle-même et/ou sa famille qui disent ce qu'il y a à faire (ou pas), les attentes (exprimées ou pas)...

D'autres professionnels tels que le médecin, l'infirmière, le kiné, l'ergothérapeute... peuvent aussi donner des informations à prendre en compte par l'aide à domicile.

Dans la réalité concrète et quotidienne, l'aide à domicile gère au mieux (ce qui lui paraît le mieux) ces consignes et logiques différentes, qui sont parfois contradictoires.

Comme « elle n'est pas chez elle », elle doit négocier avec la personne, parfois avec la famille... et élaborer des « ajustements ». Surtout au début, quand elle connaît peu la personne, elle évalue ce qui convient bien à la personne. Souvent elle négocie les objectifs qu'elle s'était fixés en venant, en fonction de « ce qui se passe à ce moment-là ». Elle a ainsi des « marges de manœuvre pour s'organiser », c'est un aspect intéressant du travail auquel les aides à domicile tiennent.

« Pour cette dame victime d'un cancer de la face, parvenir à ce qu'elle accepte de sortir dehors et d'accepter le regard des autres. Il faudra six mois pour y parvenir. »

Toutefois le revers de la médaille, c'est qu'elle peut rencontrer des problèmes pour définir seule les priorités ou pour arbitrer des demandes contradictoires exprimées par la personne aidée, sa famille (Cf. encadré « Histoire de travail d'une aide à domicile »). Il arrive qu'elle doute si « elle a bien fait », voire qu'elle se sente coupable.

Et là, suivant l'organisation du travail dans le service (échanges sur le travail avec l'encadrement, les collègues... ou pas), sa formation, son expérience, le sens qu'elle donne à son travail... les risques pour sa santé seront différents.



RESPONSABLE DE SECTEUR¹⁵ : UNE FONCTION ESSENTIELLE D'ENCADREMENT ET D'APPUI DU TRAVAIL DES AIDES À DOMICILE

Une responsable de secteur, interface entre l'aide à domicile et l'usager, gère les demandes de maintien à domicile des personnes aidées (et les familles) : lors de sa première visite à domicile (ou par téléphone, suivant l'association), elle évalue les tâches de l'aide à domicile en fonction des besoins et des attentes de la personne aidée (horaires, nombre d'heures, fréquence de passages, participation de la famille, équipements et locaux...). Elle réalise les contrats de prise en charge, organise le temps et les moyens nécessaires à l'intervention. Dans le même temps, elle informe l'usager sur ce que fait une aide à domicile (et sur ce qu'elle ne fait pas) et le conseille sur le choix du mode d'intervention (en prestataire ou en mandataire). Par la suite, elle gère quotidiennement des appels des personnes âgées qui ont besoin d'être rassurées, qui ont des demandes (exemple : changer d'aide à domicile)... mais aussi des urgences (exemple : sorties d'hospitalisation). Elle s'occupe du suivi des personnes aidées dans le temps, de l'évolution des tâches de l'aide à domicile en fonction des changements de l'état de santé de la personne, etc.

Une responsable de secteur encadre le travail des aides à domicile :

Elle organise notamment :

- Le travail de 40 à 60 aides à domicile (ce nombre est variable d'un service à un autre).
- Les affectations des aides à domicile aux personnes aidées en fonction de plusieurs critères : expérience de l'aide à domicile, contrat à temps partiel ou à temps plein, nombre d'heures demandées, état de santé (de la salariée), situation familiale et sociale, caractère, lieu d'habitation, moyen de transport...

- Les emplois du temps et plannings en fonction des besoins d'heures des personnes âgées et des aides à domicile. Elle organise les tournées (nombre de domiciles, heures...), la répartition des « cas lourds » (ou situations complexes), en fonction de l'expérience et de la formation des aides à domicile (et des souhaits de celles-ci).
- Les absences et donc les remplacements des aides à domicile (souvent connus le matin pour la journée), et aussi les « frictions » que de tels remplacements occasionnent, sans parler de la mise en cause de la qualité de la relation à l'usager (insatisfaction pour des personnes fragiles de voir des salariées différentes...).
- Les consignes sur les limites des tâches, la mise à disposition d'outils, les bulletins de paye, la proposition de formations.

Elle gère les difficultés que remontent des aides à domicile (exemple : en cas de fin de vie de la personne, difficulté avec la famille ou bien une aide à domicile qui n'a pas assez d'heures) et parfois des signes de ces difficultés (si les aides à domicile ne les expriment pas).

« La coordination sur le terrain relève de la responsabilité de la responsable de secteur, mais suppose que les aides à domicile fassent remonter les évolutions de situations ou des problématiques qui ont pu lui échapper lors de la visite à domicile. Plus largement, faire remonter par les aides à domicile les problèmes sur le terrain est difficile : il y a les « zorros », qui prennent tout sur leurs épaules, celles qui ne remontent pas les situations qu'elles sont parvenues à régler elles-mêmes... le tout fondé avec l'idée qu'« on ne les écoute pas. » (directrice d'association).



« Parfois des responsables de secteur n'appellent pas pour savoir si des aides à domicile ont des problèmes. » (aide à domicile).

Par ailleurs, une responsable de secteur échange avec la direction de la structure, ses collègues, et aussi avec les partenaires extérieurs : financeurs, assistantes sociales (du Conseil Général, du CLIC, de l'hôpital), soignants des SSIAD, médecins...

Ces différentes activités l'obligent à jongler en permanence entre un travail administratif au bureau, avec de nombreux échanges au téléphone, des interruptions par des visites inopinées (personnes âgées, aides à domicile...), puis des visites à domicile, certains jours des permanences (où viennent les aides à domicile de son secteur et des personnes âgées), des réunions... C'est un travail considéré comme intéressant mais difficile, car souvent sous tension, sous contraintes de temps et exigeant beaucoup de mémoire, d'adaptation, de diplomatie...

« Il y a de plus en plus de consignes spécifiques qu'il faut retenir et ne pas oublier de transmettre pour les remplacements et les week-ends : par exemple des médicaments à mettre dans une boîte à chaussures et à cacher sur l'armoire pour pas que la personne âgée les voit... » (ANACT/DGAS).

Les compétences nécessaires au travail de responsable de secteur correspondent le plus souvent à :

- ▶ un diplôme d'Etat de conseillère en économie sociale et familiale, d'assistante sociale, d'éducateur spécialisé... ,
- ▶ ou bien à celles du personnel titulaire du diplôme de TISF (travailleuse familiale) ayant au moins 10

ans d'ancienneté et ayant une formation complémentaire d'adaptation au poste. » (Accord de branche du 29 mars 2002).

« La multiplicité des statuts du personnel de gestion dans les services (contrats aidés, bénévoles...) traduit la difficulté de ceux-ci à financer des postes d'encadrement... Même si les personnes font de leur mieux, cette situation ne favorise pas la montée du professionnalisme. » (ANACT/DGAS).

« Le point noir : les remplacements

En réalité l'élaboration des plannings est en quasi totalité générée par la gestion des remplacements. Les absences sont quotidiennes, pour des motifs variés : maladie, congés, formation... Mais chacune des absences, compte tenu du nombre d'employeurs pour chaque aide à domicile, constitue un travail énorme. Il s'agit de joindre par téléphone toutes les personnes âgées pour les prévenir et évaluer si le remplacement est nécessaire en fonction de la durée d'absence de l'aide, de la situation de la personne et/ou de son accord pour une remplaçante. Quand le remplacement est nécessaire, il s'agit alors de trouver au plus vite une aide à domicile adéquate, de l'appeler pour lui demander son accord, voire de rappeler les personnes âgées pour les avertir de l'arrivée d'une autre personne et les rappeler ensuite pour leur demander s'ils sont satisfaits... Elles tenteront de mettre en remplacement quelqu'un de déjà connu de la personne pour conserver une « stabilité ». » (ANACT/DGAS). Cela n'empêche pas de nombreux appels téléphoniques de personnes inquiètes, que la responsable de secteur doit continuellement rassurer.

¹⁵ Toutes les associations ont quelqu'un pour assurer cette fonction mais n'utilisent pas forcément le terme de « responsable de secteur », titre reconnu par la convention collective.



Les aides à domicile anticipent, jonglent, elles sont tiraillées entre plusieurs priorités

L'aide à domicile anticipe en permanence pendant qu'elle fait quelque chose, ce qu'elle devra faire après et parfois longtemps après. C'est ainsi qu'elle décide en temps réel le temps qu'elle doit ou veut accorder à telle ou telle tâche, en relation avec la personne aidée. Mais elle ne s'organise pas comme elle le veut pour une journée entière, elle doit se réorganiser pour son travail dans chaque domicile.

« La personne demande de faire une course, mais, du point de vue de l'aide à domicile, il vaut mieux que cette course soit faite par son fils et qu'elle se concentre sur le ménage qu'elle a toujours du mal à faire. »

Aller vite (toujours) et aller à l'essentiel, réévaluer les priorités en fonction de l'état de la personne et, avec elle, sont les injonctions qui l'obligent à jongler mentalement en permanence avec les tâches à réaliser et les objectifs à atteindre. C'est une charge de travail extrêmement lourde sur le plan psychique et physique.

Entre l'écoute, le réconfort et le ménage, que privilégier quand le temps est compté ? Comment être disponible pour écouter quelqu'un qui souffre quand les aides à domicile ont l'impression d'être tout le temps en train de courir ?

Comment évaluer l'attention spécifique qu'il faudra apporter à cette personne, parmi les autres ? Qui prend en compte justement que les personnes aidées ne sont pas interchangeables, qu'elles ne se définissent pas par un « nombre d'heures » accordées par les services, que l'aide à domicile est celle qui accompagne concrètement les progrès, les reculs, les espoirs, les moments de déprime ? Qui prend en compte le besoin de parler de tout cela, la demande de compétences supplémentaires ? Comment ne pas voir que si les aides à domicile souffrent souvent du dos, c'est parce qu'elles ont un métier éprouvant autant sur le plan psychique que sur le plan physique ?

En arrivant, l'aide à domicile comprend que Mme J. est angoissée à cause d'un rendez-vous pour une mammographie et la prise de sang préalable. Cela devient une priorité : l'aide à domicile effectue les démarches téléphoniques auprès de la clinique pour le rendez-vous radio et pour la prise de sang auprès de l'infirmière. Madame J est soulagée. La mission de départ (le ménage pour Madame) a évolué vers la toilette de Monsieur qu'il lui a fallu gérer progressivement et avec tact et pudeur : « la confiance, ça se gagne ! ». Désormais ça se passe bien. (d'après des observations du travail).

Comment atteindre l'objectif de « faire avec, en sollicitant la personne âgée afin de différer le « glissement » vers plus de dépendance »... mais ça prend du temps ! », ou bien décider ce jour-là de « faire à la place parce que ça va plus vite ! » ?



« HISTOIRE DE TRAVAIL » D'UNE AIDE À DOMICILE

L'aide à domicile travaille chez une personne âgée qui est diminuée par des problèmes psychiques. Elle ne peut pas se lever seule car elle est sujette aux pertes d'équilibre. Elle reste donc immobile dans un fauteuil du salon dont elle ne peut guère bouger sans intervention extérieure. Elle le fait pourtant puisque, dit l'aide à domicile, « *elle tombe beaucoup. Heureusement que la gardienne l'entend* ».

L'aide à domicile vient deux fois par jour. Le matin elle fait du ménage et elle prépare le repas de la personne. Mais, tout en effectuant ces tâches, elle passe du temps à stimuler la personne : elle l'aide à se déplacer, à manger, à parler et même à réagir. Les activités consacrées à la stimulation sont des moments d'attention particulière à la personne dépendante, qui donnent toute sa valeur à l'intervention de l'aide à domicile. Autant l'aide à domicile peut évaluer le temps nécessaire aux tâches matérielles, autant elle ne maîtrise pas le temps nécessaire à ces moments. Par exemple, pour prendre son repas, la personne âgée, après quelques minutes, écarte sa bouche de la cuillère que lui tend l'aide à domicile. Combien de fois, combien de temps, l'aide à domicile va-t-elle pouvoir insister ? Quels mots va-t-elle trouver pour l'encourager ? Comment va-t-elle interpréter son refus de continuer à manger ? Seule l'aide à domicile peut en décider, en sachant qu'elle ne peut pas

quitter la personne sans avoir terminé le ménage prévu. Lorsque la personne dépendante ne veut plus manger, l'aide à domicile commente « *elle a grossi depuis que je viens, avant, elle ne mangeait pas du tout* », indiquant ainsi, indirectement, qu'elle est attentive aux quantités de nourriture absorbées. Pour s'adresser à la personne, elle doit s'installer en face d'elle et capter son attention. De combien de temps dispose-t-elle pour ce moment de face à face qui, pour la personne, est le seul moment de la journée où quelqu'un s'adresse à elle ? Alors, il y a des moments où l'aide à domicile ne cherche pas à stimuler, mais fait les choses à la place de la personne. Elle n'aura pas le temps de la faire descendre chercher son courrier, ou de l'aider à allumer la télévision. Le moindre pas est trop difficile pour la personne dépendante et elle est trop lourde pour que l'aide à domicile passe plus de temps à la faire marcher, alors qu'elle-même a mal au dos.

Le travail quotidien de l'aide à domicile est tissé de ce genre d'arbitrages, dont elle ne rendra compte à personne, mais qui lui coûtent, à elle, de lourdes inquiétudes. Elle jongle entre toutes ses activités, les invisibles et les visibles, et arbitre en cherchant ses propres critères. Pour gagner du temps, elle anticipe autant qu'elle le fait pour elle-même. D'où ce commentaire « *c'est comme si j'avais plusieurs maisons* ».

Les aides à domicile écoutent

La personne âgée attend généralement de l'aide à domicile une relation d'écoute, bien au-delà du ménage, même quand celui-ci constitue l'essentiel de la première demande.

Cette fonction d'écoute de la personne âgée recou-

vre en fait deux aspects : l'un répond à une sollicitation directe. La personne âgée est souvent disponible et demandeuse de l'échange, de l'attention, du sourire. L'aide à domicile est en quelque sorte une pièce maîtresse (parfois la principale) de son réseau de relations.

Dans un autre cas, la fonction d'écoute doit intervenir sans sollicitation. Ce que l'aide à domicile



écoute alors, c'est la façon dont la personne âgée reste ouverte à l'extérieur ou au contraire glisse parfois vers une indifférence à l'environnement et à la "vie extérieure". Elle est attentive aux demandes cachées derrière les mots, notamment quand cela touche à son intimité. Elle est à l'écoute de tous les signaux indiquant que la personne aidée est fatiguée, perd sa motivation, se renferme, perd le goût de manger ou de s'entretenir. Cela lui permet d'agir avec la personne, parfois d'informer la famille, sa responsable, voire d'autres professionnels. Dans ce cas le regard et la manière de travailler « d'une débutante » ou d'une personne « de bonne volonté » seront différents de ceux d'une professionnelle qualifiée.

Ainsi cette aide à domicile qui applique sans les connaître les conseils d'un professionnel de l'écoute : « Il paraît tout d'abord indispensable de créer un "espace de communication" privilégié. C'est-à-dire de s'adresser directement à la personne en la reconnaissant comme interlocutrice et en soutenant en permanence son attention : se mettre en face d'elle, à sa hauteur, la regarder et chercher son regard, poser la main sur la sienne, etc. »



Dans ce travail, c'est toute l'attention de l'aide à domicile qui est convoquée. C'est un des intérêts du travail, mais il faut savoir que l'attention peut se transformer en tension trop forte, insupportable, dès lors que l'aide à domicile n'a pas le relais dans l'association auprès de qui elle peut « décharger » ce qui lui vient de la personne aidée et le mettre à distance. Trop souvent les aides à domicile cumulent jusqu'à l'explosion les soucis venus de foyers différents.

Exemples de témoignages extraits de l'ouvrage « Les aides à domicile écrivent leur métier » (SEMAD d'Annonay) :

« Chez une personne seule, même si la maison n'est pas très en ordre, il vaut mieux prendre le temps de parler et surtout d'écouter, car c'est souvent pour la personne l'occasion de se confier ou de lancer un message... La poussière attendra ! »

« Tous les jours, je trouve cette dame dans son fauteuil, elle ne bouge pas. Chaque jour je répète les mêmes gestes : faire le lit, bien placer son couvre-lit avec l'oreiller dessus, faire sa vaisselle, remplir son verre de vin... Elle attend avec impatience que je termine pour que je puisse m'asseoir près d'elle pour l'écouter. »

« Il y a des personnes qui dépriment beaucoup. Un jour tout va bien, et le lendemain, c'est le cauchemar, donc il faut faire face et savoir les écouter. »

« Quand ils ne demandent plus rien, c'est qu'ils sont trop affaiblis ou qu'ils nous font entièrement confiance. »



Les aides à domicile soutiennent

Comme dans tout métier du secteur social, l'aide à domicile prend en charge la fragilité humaine, alors que son activité est souvent perçue comme "cadrée" et "fixée" par le « plan d'aide ». Travailler auprès d'une personne âgée, c'est accepter l'image et le fait de la perte progressive des capacités, voire de la déchéance, en tout cas de la diminution des possibilités qui nous attend tous. Les

aides à domicile font partie de ces personnes qui prennent sur elles, souvent, ce que les familles ont du mal à accepter pour des raisons psychologiques et sociales, et ce que le corps social lui-même prend assez mal en compte.

Par ailleurs, elles travaillent aussi avec l'histoire de leur propre famille, leurs liens avec leurs parents, leur expérience personnelle de la maladie et de la mort. Les attitudes des familles qu'elles rencontrent les renvoient à la relation avec leurs propres parents.

« Une dose d'écoute.

Une dose de tolérance.

Une bonne dose de patience.

Un soupçon d'humour.

Un peu de mère Denis.

Un brin de Mr Bricolage.

Le tout en bonne harmonie avec l'entourage.

Un cocktail que savent magistralement préparer toutes celles qui oeuvrent au quotidien pour le bien-être et la dignité des personnes âgées désireuses de rester chez elles le plus longtemps possible. » (ouvrage SEMAD).

Le travail d'aide à domicile exige de multiples compétences pour :

- apprécier avec finesse l'état de la personne, encourager l'autonomie de la personne : par exemple, partager les tâches en fonction de l'état de la personne... ;
- l'inciter à se nourrir, à lui rappeler sa prise de médicaments... ;

- être sensible à l'évolution de la personne physique et psychique : conserve-t-elle une image d'elle-même positive ? Epreuve-t-elle l'envie de sortir, de parler, de rire ?... ;
- savoir adapter son travail et donc revoir les priorités, les objectifs qu'on s'était fixés en venant, en fonction de ce qui se passe « à ce moment-là » ;
- garder la bonne distance, fixer « des limites » dans son travail.

Que dire de l'attention faite de respect et de technicité, que suppose le fait d'aider un homme ou une femme âgée dans sa toilette sans offenser sa pudeur ? Que dire de la capacité à recueillir les propos de telle personne sur ses enfants qui ne viennent pas la voir ou qui ne la comprennent pas, sans aggraver le sentiment de solitude qui accompagne les confidences ?

Que dire de la disponibilité pour écouter une personne qui souffre ?



Les aides à domicile travaillent dans un lieu privé et intime

« Avant je ne voulais personne pour m' aider, je pensais que je ne supporterais pas qu' on touche à mes casseroles. »

« On est surveillée, épiée, ou bien acceptée, mais aussi envahie... Nous entrons chez eux mais ils entrent en nous aussi !... La nuit il m' arrive d' en rêver. »¹⁶

Elles ne peuvent pas oublier qu'elles s'introduisent dans le domicile d'autrui, dans ce qui est d'ordinaire protégé du regard extérieur ou réservé aux proches (surtout pour les pièces comme la chambre, les toilettes et la salle de bain). Derrière



leur apparente simplicité, les tâches ménagères se situent au cœur de l'intime : pour les femmes qui ont assuré le ménage toute leur vie, devoir céder la place est considéré comme une perte et une souffrance. Alors laisser faire, oui, mais pas n'importe comment. Les personnes ont leurs habitudes et elles y tiennent.

L'aide à domicile doit donc entrer dans leur rituel. Au début, avant d'entreprendre quoi que ce soit, elle a intérêt à demander : « Comment voulez-vous que je procède ? Par où dois-je commencer ? », ce qui témoigne de son respect des habitudes et du lieu privé.

« L' arrivée de « l' intruse » dans le lieu privé génère une anxiété qui n' est pas verbalisée directement la plupart du temps, mais qui peut se traduire par des comportements de grande réticence, voire d' agressivité. » (ouvrage SEMAD, 2002).

« Une caractéristique du travail d'aide à domicile, c'est que, même « les outils de travail » sont ceux de la personne âgée : produits d'entretien, fer à repasser, balai, aspirateur... avec parfois un manque d'équipement (pas d'eau chaude, pas de machine à laver, pas d'aspirateur...). Les autres intervenants à domicile (soignants, artisans...) interviennent avec leurs propres outils et sont porteurs d'une technique spécifique. » (Anact/DGAS).

« Veiller à ce que les objets soient remis à la même place, c' est respecter la personne... Parfois elles ont des problèmes de vue et tout changement est source de risque... parfois, c' est de la maniaquerie, c' est difficile à gérer. »



Autre aspect de l'intimité : derrière la situation présente, les aides à domicile tiennent compte des histoires familiales.

Ainsi cette aide à domicile connaît de longue date le détail de la situation familiale extrême-

ment complexe de cette dame. Elle y a même été acteur : pour séparer le père et le fils qui se battaient, pour découvrir le père en train de succomber, pour accompagner la dame dans ces moments très intimes et douloureux.

SIMONE PENNEC¹⁷, SOCIOLOGUE, DISTINGUE QUATRE LOGIQUES DE NÉGOCIATION ENTRE AIDES À DOMICILE ET PERSONNES AIDÉES

- ▶ 1) La personne aidée maintient la direction de l'ordre des choses, elle donne des ordres, elle se considère comme la maîtresse des lieux, c'est elle qui emploie l'aide à domicile. Elle sollicite ses compétences complémentaires. Elle demande des informations sur le monde.
- ▶ 2) Elaboration conjointe : position de « déprise », la personne aidée n'a plus envie de tout faire (par exemple, les papiers administratifs). Elle demande que l'aide à domicile fasse à la manière dont elle faisait. Si cette relation marche, elle sera réceptive aux changements que l'aide à domicile pourra suggérer. Une certaine complicité va se mettre en place. Mais il faut le temps.
- ▶ 3) Personne pour qui le handicap est ressenti comme une atteinte. Elle tente de préserver son image d'avant. Elle va moins sortir, constituer un espace qu'on ne voit pas (par rapport au handicap), un espace d'avant séparé d'un espace « handicap » (ex : avec lit médicalisé). Elle choisira différents intervenants qu'elle essaiera de cloisonner. Elle demande de la discrétion.
- ▶ 4) Importation des usages des aides à domicile, de l'ordre ménager des professionnelles : « C'est vous qui savez » disent des personnes aidées. Elles n'ont jamais commandé personne. Les aides à domicile travaillent avec leurs règles (comme chez elles).

¹⁶ vidéo « Entrer chez l'autre », UNASSAD.

¹⁷ Simone Pennec, sociologue, université de Brest, communication au Congrès de l'UNASSAD de juin 2004.



Les aides à domicile posent des limites

« Dire non, ça vient avec l'expérience. »

« En sept ans, j' ai appris à me raisonner, à me sauvegarder moralement, à poser des limites. C' est pourquoi aujourd' hui, tout en gardant le sourire, je suis prête à donner mon aide professionnellement. »

« J' ai été très directe avec la personne en lui expliquant que les week-ends concernaient ma vie privée et qu' il ne fallait pas la mélanger avec la vie professionnelle. Maintenant tout est rentré dans l' ordre. »

L'intimité induite par la nature des actes et par les confidences, pose sans arrêt la question de la gestion de « la bonne distance professionnelle ».

Les associations fixent en général des « limites » ou « frontières » aux tâches des aides à domicile. Mais face à la réalité, ces limites du travail sont parfois floues et méconnues des familles : Comment évaluer jusqu' où accepter de satisfaire les demandes, quelquefois exigeantes, des personnes ou de leurs familles ? *« Certaines personnes ont tendance au « grignotage » pour des services qui n' étaient pas prévus initialement : jardiner, nettoyer des murs, retourner un matelas... » (Anact/DGAS).*

Comment faire face aux résistances des personnes aidées, comment se faire respecter (exemple de réactions racistes vis-à-vis d' une aide à domicile d' origine africaine) ? Position subtile à trou-

ver, écouter la personne, sans se laisser déborder par ses exigences, ni prendre le pouvoir sur elle (qui devient dépendante de l' aide à domicile).

Tirillées entre des exigences contradictoires... des sentiments (et leur écho dans leur vie personnelle), les aides à domicile peuvent se trouver en situation de débordement et de stress, souvent gérée dans la solitude. La question sur « Comment garder « la bonne distance ? » », semble peu l' objet d' échanges entre collègues et responsables de secteur.

Madame S est exigeante et joue sur « sa dernière heure » pour capter toujours plus d' attention et de temps de l' aide à domicile. Elle prendrait bien l' aide à domicile pour une bonne (d' autant qu' elle a sans doute vécu un train de vie aisé dans sa vie) et elle « use » les aides à domicile qui interviennent chez elle (quand l' aide à domicile a eu son arrêt pour une opération de la colonne vertébrale, la personne a usé neuf remplaçantes en cinq mois). Il faut avoir fait cette analyse pour résister aux sollicitations et ne pas tomber dans le panneau. Il faut aussi élaborer sa propre conviction que ce n' est pas rendre service à cette personne que de rentrer dans son jeu ; et la partager avec les autres collègues qui interviennent, sinon comment ne pas être mis en concurrence... Ce que tente d' ailleurs cette personne en critiquant la plupart des autres collègues de cette l' aide à domicile.

Alors il faut savoir dire « non ». (d' après des observations du travail).



Une autre forme que peut prendre la « bonne distance » consiste à **ne pas « rentrer dans le jeu » de la plainte qui conduirait à dérapage dans le « faire à la place ».**

La formule de cette aide à domicile : « La maladie n'excuse pas tout ! Avec moi, ça ne marche pas ! », renvoyée à Mme D (qui souffre d'une sclérose en plaques) permet de créer un espace où se disent les choses en toute franchise et cela alors que la durée du suivi (huit ans) et son intensité (grande dépendance, décès vécu ensemble) pourraient être un facteur de confusion compassionnelle.

La gestion de la « bonne distance », c'est aussi **gérer progressivement le rapport de confiance** qui permet de « dépasser ensemble » la pudeur à faire effectuer par l'aide à domicile une toilette intime. **L'humour, « pirouette du stress »**, semble souvent utile pour prendre du recul, voire se préserver lorsque les situations deviennent trop dures.

« L'implication affective est difficilement évitable : la relation d'aide à domicile se construit dans la sphère la plus intime d'une personne (elles connaissent leurs habitudes, leurs enfants, leur passé, leurs états d'âme...) et aussi dans les « à côtés » (prendre le café avec elle, regarder des photos...). Au fil des mois, des années, il se construit une histoire. Les visites de l'aide à domicile deviennent des repères dans la vie de la personne. » (ANACT/DGAS).

C'est également **savoir être « intrusif » quand il y a danger, urgence :**

« Parfois les aides à domicile acceptent en connaissance de cause, de faire des choses qui sortent de leur cadre d'intervention, généralement pour pallier les carences de l'environnement, des situations de détresse (enfants habitant loin, manque de moyens pour recourir à un professionnel...) : « *Je sais que ce n'est pas à moi de le faire, mais si je ne le fais pas, personne ne le fera.* » (ANACT/DGAS).



Les aides à domicile font un travail pénible physiquement

La difficulté pour les aides à domicile dans leur travail n'est pas seulement de gérer des délais, des priorités, des personnes différentes, mais aussi, dans le même temps, de « gérer leur corps et surtout leur dos » dans le contexte du travail : le travail implique une activité physique élevée avec de fréquentes postures courbées, à genoux, accroupies... des déplacements et des manutentions répétées, dans des lieux privés qui n'ont pas été conçus pour une personne dépendante, mais dont l'aménagement doit respecter l'intimité de cette personne. Elles travaillent dans des lieux variés : dans un immeuble (avec ou sans ascenseur) ou dans une maison, avec une surface plus ou moins importante, avec des commerces à proximité (ou pas)... avec une voiture (ou pas).

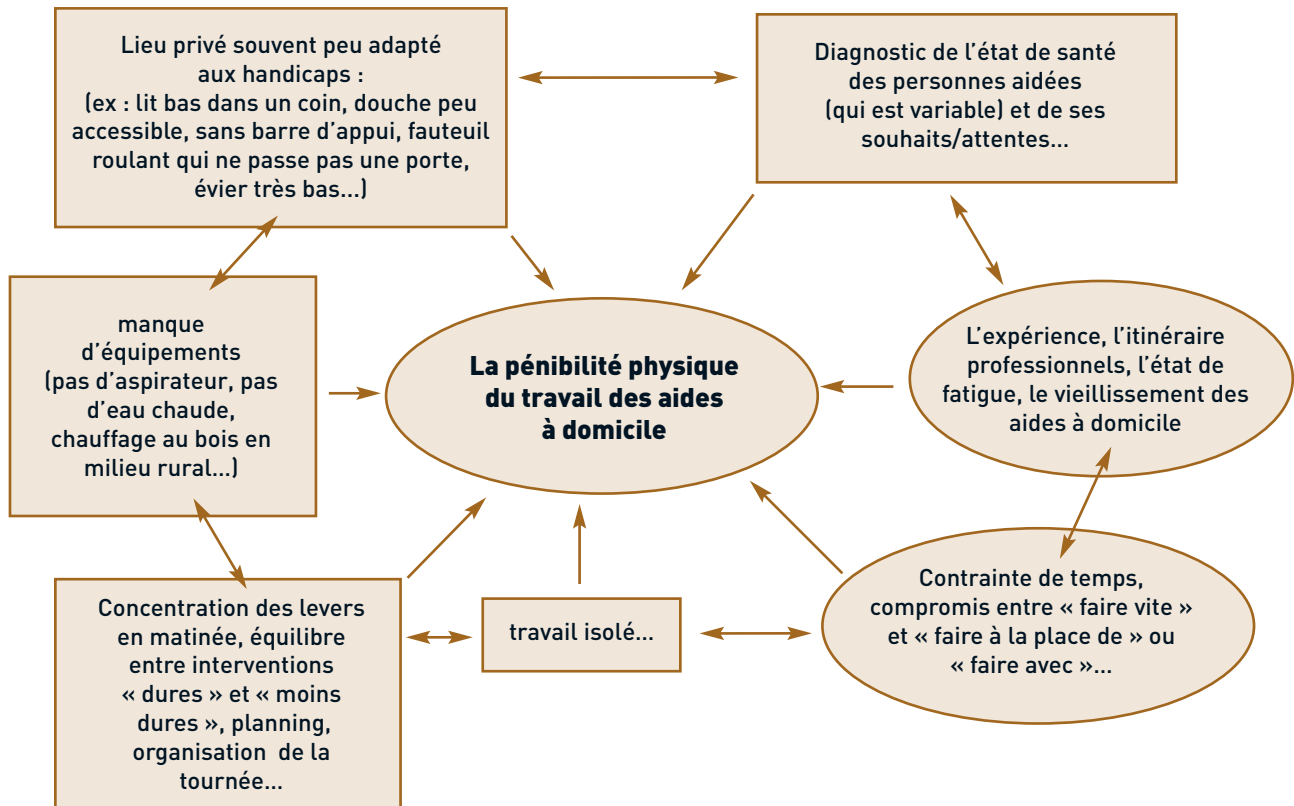


« Il faudrait voir quand on prend une maison : tout le nettoyage ! »

Exemple observé : en une demi-heure l'aide à domicile réalise le lavage des sols de la cuisine, du salon, passe l'aspirateur dans trois chambres, la salle de bain et les toilettes. Puis elle prépare le repas.



LA PÉNIBILITÉ PHYSIQUE DÉPEND DE PLUSIEURS COMPOSANTES DU TRAVAIL (QUI INTER-AGISSENT)



L'analyse des activités concrètes des aides à domicile met en évidence les liens entre différents aspects du travail et permet une réflexion sur les actions possibles



► Des opérations répétitives et concentrées sur certaines plages horaires.

Certaines interventions ne peuvent être réalisées que dans des plages horaires bien définies. C'est notamment le cas pour les levers, les couchers, les aides à la toilette. Suivant l'organisation du travail et la planification de la tournée, plusieurs interventions peuvent être effectuées successivement et sous pression temporelle, avec des personnes très handicapées.

L'enquête du CISME¹⁸ montre que 43 % des aides à domicile déclarent tenir longtemps des postures pénibles et 93 % sont debout plus de 4 heures par jour. 23 % déclarent soulever des charges de plus de 15kg (en dehors de la personne âgée). 93 % font de 1 à 10 lits par jour. 46 % trouvent les « manutentions » de personnes « pénibles » à « très pénibles » et déplorent la vétusté des locaux et le matériel inexistant ou pas adapté. Cependant cela n'affecte pas leur intérêt pour le travail.

En étudiant de près les postures lors des aides à la toilette, Esther Cloutier (et al)¹⁹ ont mis en évidence que dans plus de 40 % du temps les postures prises étaient « à risque » : flexion du dos à plus de 45°, flexion du dos combinées à des torsions et des inclinaisons latérales, positions accroupies ou à genoux.

► Des manutentions en solitaire effectuées dans un lieu privé

« Pour la toilette de cette personne handicapée (et de plus de 80kg), il faut l'asseoir dans la baignoire en passant par dessus le bidet ; c'est toute une technique... il faut faire attention à ne pas lui faire mal, à la mettre dans la bonne position pour qu'elle ne risque pas de se blesser... si on n'est pas à l'aise, elle le sent, elle se crispe, c'est encore plus dur... » (ANACT/DGAS.).

La différence avec le travail dans des établissements hospitaliers ou institutions, c'est que l'aide





à domicile est seule pour aider à lever, à marcher... les personnes du lit au fauteuil, dans la salle de bain, aux toilettes... Cela change tout du point de vue des risques et de la pénibilité. D'où les limites d'une formation Gestes et Postures qui ne tiendrait pas compte de la réalité.

► Se « manutentionner » soi-même »

Le travail oblige les aides à domicile à rechercher des stratégies « d'usage de leur corps » pour diminuer la pénibilité physique du travail. Mais les différences de corpulence, d'âge, d'état des articulations et des antécédents de santé... aboutissent à des « manutentions de soi » avec des coûts physiologiques différents.

Rappelons que la population des aides à domicile est vieillissante et a des problèmes de santé.

► La pénibilité physique et le sens qu'elles donnent à leur travail

La relation aux matériels qui facilitent (traient) le travail de l'aide à domicile est plus complexe que ce que l'on peut penser a priori : les « outils » et « aides techniques » restent à la charge et au bon vouloir des personnes âgées ou de leur famille.

Ils entrent parfois dans une perspective « éducative » : l'appropriation de matériels (lit médicalisé, déambulateur...) par les personnes aidées devient un objectif de « progression » avec une appréciation de sa faisabilité. Cela participe au sens de l'action et exprime aussi un rapport de « pouvoirs ». (Cf. encadré « Le lit et la moquette de Mr Albert. »)

► Le « physique » et le « psychique » s'imbriquent dans le travail

« Quand j'ai mal au dos, je ne peux pas accompagner « physiquement » comme je voudrais la personne, et je m'en fais le reproche. »

« Quand j'ai du souci pour aller voir la prochaine personne qui m'inquiétait hier, je fais plus vite et c'est souvent là qu'arrive la douleur lombalgique. »

Les maux de dos peuvent aussi couvrir un état dépressif, car il est plus facile de dire « j'ai mal au dos » que « je n'y arrive plus ».

18 Groupe épidémiologie du département ASMT (action scientifique en médecine du travail) du CISME (Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprises), Le travail d'aide aux personnes âgées, avril 1999.

19 Esther Cloutier et al, étude IRSST : voir « Pour en savoir plus ».



LE LIT ET LA MOQUETTE DE M. ALBERT

Monsieur Albert est seul, ne se déplace qu'avec un déambulateur et « fait sous lui ». Son lit est bas, situé dans une sorte de pièce en alcôve qui n'offre aucun débattement de part et d'autre du lit pour le refaire aisément : on se cogne, on ne peut pas retourner facilement le matelas... ce qui rend très malaisée et risquée la manutention pour le lever de M. Albert.

L'aide à domicile a donc pour projet de faire en sorte que M. Albert se procure un lit médicalisé (ou du moins surélevé). Après plus de deux ans de « négociation », il accepte le principe d'un essai. Le lit arrive, mais au bout de 2 jours il le renvoie au fournisseur en décidant que « ça ne va pas » ! L'aide à domicile est tactiquement obligée d'accepter sa décision. Mais c'est son dos qui encaisse le compromis !

Le séjour où vit le plus souvent M. Albert est recouvert d'une moquette. Comme il a des incontinences, la question du revêtement de sol prend toute son importance. La moquette est imprégnée malgré les lavages fréquents. L'odeur persiste et prend à la gorge dès l'entrée. L'aide à domicile essaie de convaincre M. Albert et sa famille de remplacer la moquette par des dalles de lino qui

seraient plus faciles à laver, plus hygiéniques aussi. Il faudra un an et demi pour que M. Albert achète les dalles, plus quatre mois pour décider un ami à venir les poser !

Pendant tout ce temps l'aide à domicile (qui n'a pas 40 ans) a subi des conditions de travail pénibles et risquées alors qu'elle a une colonne vertébrale abîmée. Elle est cependant très fière d'avoir pu obtenir gain de cause finalement sur le revêtement de sol ! Le « sens » qu'elle donne à son travail, c'est aussi de pouvoir élaborer des projets personnalisés, des « défis » qui conjuguent la progression de l'autre et de meilleures conditions de travail pour sa santé (physique et psychique). En effet, tout se passe comme si elle élaborait un compromis qui met dans chaque plateau de la balance, sa santé physique d'un côté, et la satisfaction (et l'enjeu) de faire progresser le point de vue de M. Albert jusqu'à parvenir à une solution.

On peut se demander si le « style » (franchise, humour, maintien de règles, punch, disponibilité...) de l'aide à domicile observée est un « construit » personnel ou quelque chose que l'on retrouve chez des aides à domicile qualifiées ou qui serait transmis dans les formations, dans les réunions d'échanges.



Les aides à domicile ont un travail autonome et isolé

« Lorsque j'arrive et que les volets ne sont pas ouverts, il y a toujours une inquiétude. Que vais-je y trouver ? »

L'autonomie que les aides à domicile apprécient généralement a un revers : c'est l'isolement. Pour réaliser leur travail seule, il est essentiel qu'elles sachent quoi faire, comment le faire, comment se comporter avec les personnes, où placer les limites, quand donner l'alerte sur une situation difficile, que faire en cas de conflit... Elles peuvent avoir le soutien de l'association en cas de problème grave, mais, dans la majorité des cas, elles font face aux situations sans intervention extérieure.

« On ne nous écoute pas ! » (l'association, le médecin...)

« J'allais depuis 15 ans chez Mme V. Personne ne m'a avertie de son placement en maison de retraite. Ça m'a rendue malade. »

► Face aux « cas lourds »

Comment ne pas baisser les bras devant les situations complexes ? Comment apporter une aide à des personnes dépressives, parfois démentes, qui souffrent, qui deviennent agressives, sans s'épuiser, sans se décourager ?

Comment tenir dans la durée ? Comment surmonter sa propre souffrance (liée à des problèmes personnels de santé...) pour aider l'autre ? Des différences de pratiques existent entre les aides à domicile suivant leur expérience, leur histoire, leur formation, leur état de fatigue, leur situation familiale... Si les aides à domicile ne sont pas suffisamment informées, formées et soutenues pour parler de leur travail, de leurs difficultés, de leurs questions, ou si elles-mêmes n'osent pas en parler, elles peuvent se sentir remises en cause, responsables, démunies devant des situations complexes, voire humiliées (quand elles sont accusées de vol, par exemple : il est arrivé





que la famille porte plainte et que la salariée se retrouve « en garde à vue »).

L'accumulation d'anxiété et de fatigue est alors dangereuse pour elles et pour les personnes chez qui elles interviennent.

« Le plus dur c'est quand il y a des "problèmes dans la tête", c'est pesant. »

« J'ai demandé de ne plus aller chez cette personne car elle répète toujours la même chose... »

« Quand la personne aidée est en danger, on part avec les boutons de la cuisinière, on l'enferme... en attendant son placement. »... « Il faut aussi rassurer la famille. »

« Le plus lourd c'est aussi quand c'est très sale. Il aurait fallu le service d'hygiène. Mais on ne peut pas faire intervenir ce service chez une personne sans son accord. » (témoignages recueillis).

► Face à la fin de vie et à la disparition des personnes aidées

« Le décès de cette personne, j'ai mis plus d'un an à m'en remettre : depuis huit ans, je faisais tout chez elle. J'ai appelé le SAMU. J'ai trop souffert, je suis tombée malade... Même aujourd'hui j'ai du mal à passer dans la rue où elle habitait. »

La gestion des affects liés au décès n'est pas simple. Les aides à domicile ont accompagné les personnes depuis des années. Il est impossible alors de rester insensibles. Avec l'expérience, elles essaient de prendre un peu de distance, mais ce n'est pas facile, « il reste des fêlures, on ne sort pas indemnes de moments poignants »²⁰.

Les sentiments de tristesse peuvent être mêlés à ceux de responsabilité, voire de culpabilité : « Ai-je bien tout fait comme il fallait ? ». Et alors l'attitude des responsables de l'association et des collègues est essentielle dans le soutien au travail de deuil : par exemple, cette aide à domicile a l'expérience d'une responsable de secteur capable d'offrir un moment de décompression dans de telles situations et sait qu'elle peut compter sur certaines amies pour en reparler.

Une aide à domicile raconte l'épisode où c'est elle qui a découvert un matin Monsieur D évanoui, aphasique. Elle le fait hospitaliser vers 9h, il décédera à 16h. C'est elle qui annoncera le décès et préviendra le fils, assurera les démarches, accompagnera Mme D (qui est en fauteuil roulant) au cimetière, avec son propre véhicule, parce que les pompes funèbres n'ont rien pour véhiculer ce fauteuil. Elle raconte combien le travail d'équipe était possible avec lui : il étendait le linge, faisait un peu de cuisine pour sa femme. (d'après observations du travail).



L'état de santé préoccupant des aides à domicile : un enjeu social et économique

Plusieurs études²¹, notamment celles de médecins du travail, montrent que les aides à domicile connaissent de graves problèmes de santé : certains sont liés à des accidents du travail et des maladies professionnelles, mais la majorité se traduit par des troubles de la santé (physique et psychique) avec des arrêts maladie.

Les accidents du travail sont surtout des accidents de trajet et parfois des malaises graves²². Les autres accidents sont globalement liés à des chutes, des manutentions de charges lourdes ou lors de transferts de personnes (par exemple, du lit au fauteuil). Il semble que des statistiques précises sur la santé des aides à domicile n'existent pas²³. Le suivi d'aides à domicile dans la réalité de leur travail confirme les informations sur les pénibilités du travail, recueillies auprès de médecins du travail et dans la bibliographie.

Les pénibilités physiques se traduisent par des maux de dos, mal aux épaules, des troubles musculo-squelettiques (TMS), de l'arthrose (« à force d'avoir toujours les mains dans l'eau et avec les produits d'entretien »), des eczémas, mais aussi par de l'obésité, des infections urinaires, des troubles de la vue...

Des médecins du travail (F.Gonzales-Mendoza, Burel et al) ont effectué une enquête auprès de 167 aides-ménagères à l'occasion de la visite annuelle, dans la région de Brest : « Entre la moitié et les 2/3 des aides à domicile enquêtées ont consulté un médecin dans les 12 mois précédents l'enquête pour un motif lié au travail. La moitié des consultations concernait des lombalgies et cervicalgies. »

Les pénibilités psychiques comprennent :

- anxiété, troubles du sommeil, dépressions nerveuses,
- fatigue et stress dus à l'isolement et à la prise en charge de situations trop lourdes...

Dans l'enquête du CISME (Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprises) :

- un quart des aides à domicile ayant consulté un médecin mentionnaient des symptômes dépressifs,
- un quart déclarent « avoir des problèmes de sommeil » et 36 % se déclarent « tendues, nerveuses »,

20 ouvrage SEMAD (voir « Pour en savoir plus »).

21 voir « Pour en savoir plus ».

22 Cf. Banque de données EPICEA (INRS) : elle recense les accidents mortels et graves (transmis à l'INRS et jugés significatifs par les Services Prévention CRAM) survenus dans les entreprises du régime général de la Sécurité Sociale : sur 12 accidents mortels d'aides à domicile recensés (de 1992 à 2001) 4 sont dus à des malaises (infarctus, accidents vasculaires cérébraux), 5 sur la voie publique, un dans un incendie (provoqué par un poêle à pétrole), 2 par agression.

23 Dans les statistiques de la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie), les accidents du travail et les maladies professionnelles des aides à domicile sont incluses dans la catégorie « Action sociale sous toutes ses formes, y compris garderies, haltes-garderies, centres de réadaptation fonctionnelle et rééducation professionnelle, d'aide par le travail (personnel administratif et enseignement) ».



21 % « se sentent tout le temps fatiguées »,
- même si environ 90 % des aides à domicile se déclarent « satisfaites » de la relation à la personne âgée, 70 % disent également qu'elles sont « exigeantes » voire « très exigeantes » (20 %).

► Comment les aides à domicile gèrent-elles ces pénibilités ?

Plusieurs moyens sont cités :

- La **volonté de « tenir »**.
- La **prise de médicaments** : « la moitié consomme des médicaments : (un quart, des psychotropes) et des anti-inflammatoires » (Burel, Gonzales-Mendoza et al, 1999).
- **l'absentéisme** « *quand on n'en peut vraiment plus* » :

Le taux d'absentéisme dans le secteur de l'aide à domicile est, selon les informations recueillies, parmi les plus élevés. Il semble augmenter d'année en année dans les associations rencontrées et laisser les employeurs bien démunis pour y remédier. En général ce sont les salariées de moins d'un an d'ancienneté et parmi les plus jeunes, qui s'absentent le plus. Pour les salariées plus anciennes et plus âgées, les arrêts maladies semblent être un moyen (souvent ultime) pour réguler la charge de travail et les conséquences des pénibilités sur la

santé. Et cela malgré les inconvénients : manque à gagner, remplacements, rupture dans le suivi de la personne aidée, remarques des collègues, risque d'être « mal vue » et d'avoir moins de missions...

- Le licenciement pour « maladie », pour « inaptitude » :

Les aides à domicile qui ne peuvent pas être reclassées vers des postes mieux adaptés sont licenciées. Les problèmes de santé amènent à l'exclusion du travail. Pourtant la nécessité de gagner sa vie (souvent dans des conditions sociales et familiales difficiles) pèse sur elles.

Nous n'avons pas de données générales sur les parcours professionnels des aides à domicile. Néanmoins nous avons des témoignages sur la sélection par la santé qui s'opère dans ce secteur professionnel, comme dans d'autres où des salariés ont des travaux pénibles, répétitifs et sous cadence. Si bien que l'on ne rencontre comme aides à domicile que celles qui peuvent le rester, les autres sont parties (mais où au fait ?).

- **Le temps partiel**, même s'il n'est pas choisi. On peut penser aussi que (comme dans les temps partiels des caissières d'hypermarchés) ce soit une façon de réguler la charge de travail et sa pénibilité (moins d'heures d'exposition).



- Le **départ** vers d'autres structures (maisons de retraite, cliniques...) ou vers l'industrie (si on a la chance d'avoir une usine qui ouvre ses portes dans la région).

- La **démission** (surtout chez des personnes qui débutent dans le métier).

Peu d'aides à domicile semblent arriver à la retraite. Beaucoup de témoignages convergent vers la même remarque : « *On se demande jusqu'à quand on va tenir !* », alors même que beau-

coup de ces femmes sont appelées à continuer à travailler jusqu'à un âge avancé du fait de parcours de cotisations de retraite interrompus.

Des salariées qui n'ont pas encore droit à la médecine du travail

Quand l'aide à domicile travaille en prestataire, elle bénéficie comme tout salarié de la médecine du travail. Mais quand elle travaille en mandataire (ou en « gré à gré » avec un « particulier employeur ») elle n'a pas droit à la médecine du travail.

LISTE NON EXHAUSTIVE DES TABLEAUX DE MALADIES PROFESSIONNELLES POUVANT CONCERNER LES AIDES À DOMICILE

Type de risque	N° de tableau	Intitulé
Risques physiques	57	Affections péri articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail
	98	Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges de personnes...
Risques chimiques	65	Lésions eczématiformes de mécanisme allergique
	66	Rhinite et asthmes professionnels
	84	Affections par les solvants organiques liquides à usage professionnel
	95	Affections professionnelles de mécanisme allergique provoquées par les protéines du latex
Risques biologiques infectieux	40	Maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques. Travaux effectués par le personnel de soins et assimilés (...)
	45	Infections d'origine professionnelle par les virus des hépatites A, B, C, D et E. Travaux comportant des actes de soins et d'hygiène (...)
	76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires... Tous travaux mettant au contact de ces agents.
	80	Kéraconjonctivites virales. Tous travaux mettant au contact direct ou indirect de malades porteurs de ces affections...

Source : Evaluation et prévention des risques chez les aides à domicile, revue DMT, 2e trim 2005)



EXEMPLES DE QUESTIONS À SE POSER POUR PRÉVENIR DES RISQUES TECHNIQUES*

► Incendie – Explosion, intoxication à l'oxyde de carbone

Quels sont l'autonomie et le niveau de conscience de la personne aidée dans l'utilisation du gaz ? Quelles sont les sources possibles d'incendie : cuisinière à bois, poêle à charbon, cheminée...? Les produits inflammables sont-ils éloignés des sources de chaleur ? Quel est l'état du chauffage ? du chauffe-eau ?...

Avez-vous reçu une formation sur la conduite à tenir en cas de début d'incendie ?...

► Electricité

L'installation électrique a-t-elle été vérifiée par un professionnel ? Avez-vous signalé à votre association des anomalies telles que des fils dénudés, des prises ou interrupteurs en mauvais état, des appareils électroménager défectueux ? Quelles mesures ont été prises ?...

Produits chimiques (d'entretien, désinfectants...)
Etes-vous informée sur les symboles figurant sur les étiquettes des produits de nettoyage que vous utilisez ? Avez-vous lu les recommandations d'utilisation mentionnées sur l'étiquette .

Votre association vous fournit-elle des gants ? des lunettes ? une blouse ?...

► Agents biologiques et infectieux

L'état du logement nécessite-t-il un gros nettoyage ?

Avez-vous été informée des voies de propagation des germes (bactéries, virus, parasites...) des maladies des personnes chez qui vous intervenez (risque de contagion, précautions particulières) des conditions de contamination (contact avec la peau, plaies infectées, manipulation du linge, des déchets, seringues...)... ?

Etes-vous vaccinée contre le tétanos ?...

► De manière générale,

Avez-vous été informée sur ces risques ?

Avez-vous signalé ce type de risques à votre association (et au CHSCT, s'il existe) quand vous les avez rencontrés ? Le médecin du travail et le contrôleur CRAM en ont-ils été informés ? Quelles solutions ont été trouvées ?

Avez-vous été formées aux « gestes de premiers secours » ?...

* (autres que ceux évoqués dans le texte)

QUELQUES « PISTES D' ACTIONS » POSSIBLES D' AMÉLIORATIONS



Les solutions ne peuvent être construites que collectivement, avec les professionnels de l'aide à domicile (et sans doute avec des compétences extérieures complémentaires), à partir de la compréhension des conditions concrètes du travail.

Nous évoquons donc ici quelques « pistes d'actions » possibles qui pourraient participer à l'amélioration des conditions de travail et de santé des aides à domicile (et de leur encadrement). Ces « pistes » ne sont pas exhaustives et demanderaient à être approfondies.

Des progrès sont possibles, pour autant que la coordination et les pressions sociales s'exercent, pour autant que des financements sont prévus pour le maintien à domicile et que les citoyens

prennent conscience qu'ils sont tous concernés. Une autre condition est essentielle : que les autres professionnels qui interviennent à domicile (du médecin au financeur) mais aussi les usagers, leur famille et plus largement la société commencent à connaître et reconnaître les conditions concrètes du travail des aides à domicile et les compétences mises en œuvre.

Cette étude nous conduit à souligner que la professionnalisation de l'encadrement des aides à domicile (direction et responsable de secteur) et celle du conseil d'administration des associations constituent un levier essentiel pour améliorer les conditions de travail et la santé des aides à domicile (sans parler de la qualité du service auprès des personnes âgées).



Construire « des règles du métier » des aides à domicile

Un métier est d'autant plus « porteur de reconnaissance » et « protecteur de la santé et de l'usage des salariés » qu'il a défini des « règles de métier », c'est à dire un ensemble de points de repères communs pour l'exercice quotidien du métier : ce qui se fait et ce qui ne se fait pas, comment on se comporte et comment on règle les problèmes dans tel et tel cas de la vie professionnelle de tous les jours, le rôle et les marges de manœuvre de l'encadrement...

Ces règles font, à notre avis, cruellement défaut dans la profession des aides à domicile : des grosses structures sont en train de construire les règles, mais elles rencontrent des limites importantes à cause de l'insuffisance des financements. Dans la plupart des cas, la rareté des réunions communes pour parler de leurs pratiques, la solitude de l'exercice professionnel, conduisent chaque aide à domicile à se construire avec l'expérience, des compétences et ses propres règles. Cela ne constitue pas un support collectif suffisant et ne donne pas des indications pour gérer des « situations à problème » lorsqu'elles les rencontrent.

Si leurs compétences étaient davantage connues et reconnues par le secteur professionnel et par la société, si elles étaient partagées et débattues par les aides à domicile elles-mêmes, la construction de « règles de ce métier » pourrait enfin voir le jour.

Par exemple, les aides à domicile sont souvent placées dans des situations de dilemmes. Entre faire une action non prévue au contrat et ne pas satisfaire la demande de la personne, entre passer l'aspirateur plutôt que de prendre le temps d'écouter... il faut choisir ! Certaines aides à domicile se sont forgées des principes qui leur permettent de choisir la relation en « sacrifiant du ménage » : « La poussière peut attendre ! » dit cette aide à domicile. Mais elle a échafaudé cette règle dans la solitude. Parfois elles demandent à une collègue amie comment elle aurait réagi.

De la même façon, elles détiennent une compétence pour réaliser les transferts de la personne (du lit au fauteuil par exemple) de façon la moins risquée (pour la personne et pour elle) : ainsi, selon les jours, la personne est plus ou moins « raide », voire réticente à un transfert, au cas où celui-ci « réveille » une souffrance. Et quand une nouvelle aide à domicile s'occupe de cette personne qu'elle ne connaît pas, cela peut mal se passer. Mais comme tout cela est difficile à expliquer et qu'il n'y a pas de lieu pour échanger, alors c'est un savoir-faire solitaire à défaut d'être solidaire.

Nos observations du travail concret des aides à domicile rejoignent des résultats de la recherche québécoise sur les soignantes à domicile (Cf. Esther Cloutier et al.) : « Les stratégies des salariées leur permettent notamment de :

- gagner du temps tout en réalisant l'ensemble des tâches nécessaires (exemple : identifier les activités où il vaut la peine d'encourager la personne à être autonome, planifier le déroulement



des activités le plus efficace selon les caractéristiques de la personne...),

- ▶ affiner leurs façons de faire le dépistage et de soutenir les personnes aidées,
- ▶ se protéger contre les accidents (méthode, temps),
- ▶ réagir adéquatement en cas d'urgence ou de danger,
- ▶ développer davantage leur autonomie dans le travail. »

Pour la construction de règles de métier et la production d'un outil de dialogue avec la personne aidée et sa famille, il serait utile que soient :

- ▶ identifiées avec les professionnelles les « situations à problème ou « critiques » : par exemple, une agressivité, du racisme, des demandes au-delà du rôle, la fin de vie, le décès...
- ▶ examinées et débattues, pour chacune de ces situations, les réponses qui y sont apportées concrètement et quels en sont les ressorts,
- ▶ construites, en réponse collective, des « règles aidantes » dans ces circonstances, tant le positionnement pris par les aides à domicile que les engagements de la structure : par exemple, il pourrait être convenu que « pour chaque cas d'agression physique une plainte de l'association soit déposée »... ,
- ▶ de même sur des règles à propos de la pénibilité du travail, il serait important de donner des réponses aux questions :
 - Quels équipements et outils sont nécessaires pour faire le travail ? A partir de quand le sous-équipement devient inacceptable ?
 - Quelle durée minimale est acceptable pour une

intervention ? Par exemple une association refuse les demandes de moins de 2 heures consécutives. - A partir de quels critères, l'intervention devrait impérativement se faire à deux ?

Pour qu'émergent des « règles du métier », celles-ci sont à débattre et à « évaluer » collectivement (car toutes ne sont pas également pertinentes, ni efficaces sur le moyen et long termes) afin que se dégage un point de vue commun sur l'appréciation de chacune d'entre elles sur leur efficacité respective.

Agir sur l'organisation du travail et sur la professionnalisation des associations

*« Heureusement que l'association est là, elle intervient en cas de problèmes lourds. »
Mais aussi « ça a toujours été dit qu'il fallait en parler au bureau, mais « l'écoute » n'est pas toujours au rendez-vous. »*

Le secteur de l'aide à domicile, caractérisé par son histoire récente, ses origines caritatives et bénévoles ne paraît pas bénéficier d'une « culture organisationnelle » stabilisée sur laquelle les responsables et les salariées pourraient s'appuyer. Si bien que chaque association a dû combler ce vide à sa manière, inventer en fonction du contexte, avec des pratiques très diverses.

Du point de vue de la santé au travail, une avan-



cée pour la profession pourrait être que l’organisation du travail tienne davantage compte des conditions concrètes des activités des aides à domicile, de manière articulée et équivalente avec la qualité de service.

Voici quelques pistes d’actions qui ont été évoquées lors de l’étude. Elles sont bien sûr à débattre avec les professionnels de terrain.

► **Le cadrage des interventions des aides à domicile et le suivi**

Pour que les aides à domicile ne se retrouvent pas à gérer seules des difficultés diverses, la structure pourrait formaliser un « contrat » (pas seulement administratif) avec la personne aidée pour permettre aux aides à domicile de se positionner, de poser leurs limites et de cerner leurs responsabilités, (Cf. encadré « Au Québec, on passe contrat »).

Ce « contrat de référence », pourrait être établi par la responsable de secteur pour informer la personne aidée (et sa famille) sur ce que l’aide à domicile fera et ne fera pas, le rôle de l’association, les équipements nécessaires et en bon état (aspirateur, fer à repasser, machine à laver, escabeau...). En ce qui concerne le suivi (qui permet des ajustements si la santé de la personne évolue), quand les aides à domicile peuvent compter sur leur encadrement pour être soutenues, pour les aider à régler des difficultés, le « poids » des interventions et les conséquences pour leur santé sont moindres.

Cela pourrait aboutir à un « taux d’encadrement minimum » dans les associations (Cf. agrément CRAM et Norme AFNOR).

► **L’adéquation entre les usagers et les aides à domicile**

Les responsables de secteur s’efforcent de tenir compte de différents critères dans l’affectation des personnes aux aides à domicile : niveau de dépendance de la personne âgée, éloignement, fréquence et complexité des interventions, compétences attribuées à l’aide à domicile, temps partiel ou temps plein... Mais, aussi attentionné soit-il, cet ajustement reste basé sur des représentations « à distance » du travail concret des aides à domicile, qui ne sont pas toujours actualisées...

Nous avons souvent entendu parler d’« **équilibres souhaités** » pour prévenir une surcharge de travail : par exemple, des « cas lourds » combinés avec des « cas moins lourds ». Mais les aides à domicile ont des points de vue contrastés à ce sujet : certaines préfèrent ne s’occuper que de « cas lourds » pour développer une relation de qualité (plutôt qu’un éparpillement auprès de cas « moins lourds ») et pour progresser dans leur profession en se formant davantage.

La répartition des « cas lourds », « s’alterner à plusieurs » parce que la situation est complexe... sont autant d’espaces et d’organisations propices à l’échange autour des situations vécues par les aides à domicile. C’est aussi le moyen de « partager la pénibilité et les risques pour sa santé »



(par exemple, dans le cas où la personne « use » plusieurs aides à domicile).

► L'organisation des tournées

Le temps passé pour aller d'un domicile à l'autre est très variable d'une situation à l'autre. Avec la mise en place de l'APA et la multiplication des déplacements, il a tendance à augmenter. L'aide à domicile doit faire des détours pour revenir au bureau de l'association, chercher des clés, déposer les décomptes horaires, passer à la pharmacie... La distance en kilomètres masque ce temps, mais aussi les aléas fréquents dans les trajets, suivant qu'on est à pied, en vélo, en bus ou en voiture : embouteillages, difficultés de stationnement, retard du bus, intempéries, codes de sécurité, panne d'ascenseur, étages... Le temps, c'est aussi la pression temporelle : par exemple, quand il s'agit d'aide à la toilette, c'est le matin et si possible avant 11 heures !

Cela suppose pour l'organisation, une ouverture au débat, voire aux aides pour mémoriser et prendre en compte les différentes conditions du « réel ».

► L'organisation de réunions régulières « d'équipe »

En général les aides à domicile rencontrées lors de cette étude sont en attente d'un plus grand soutien de l'association et ressentent le besoin d'être davantage encadrées.

Dans les structures qui favorisent des réunions

d'échanges entre aides à domicile et leurs responsables, au-delà des problèmes de fonctionnement (congé, indemnités kilométriques...), des arbitrages, des évaluations... sont effectués collectivement. Les salariées se sentent alors soutenues. Une analyse peut être partagée, des règles et des stratégies peuvent se construire... et elles peuvent « souffler » un peu. Dans les autres cas, l'aide à domicile se retrouve seule pour gérer les difficultés.

Cependant l'organisation de réunions se heurte aux problèmes de moyens des services : comment payer les aides à domicile pendant ces heures de réunion ?

« Se rassembler, s'organiser pour parler de nos peurs, permet de partager celles de la personne âgée, de les comprendre et de les soulager... On pourrait résumer en affirmant que la coordination doit d'abord permettre de traiter le désarroi des aidants pour retrouver et traiter la détresse de l'usager et de ses proches. » (JP Puyo).

► La liaison entre les aides à domicile

La mise en place d'un cahier de liaison dans chaque domicile est utile mais il ne suffit pas (par exemple, on ne peut pas tout y noter pour des raisons de confidentialité).

La majorité des aides à domicile rencontrées expriment le besoin de se rencontrer entre elles pour se coordonner, s'informer, échanger des pratiques,



s'encourager et également pour sortir de l'isolement et décompresser.

Cette liaison ne semble pas être fréquente dans les services. Ce sont plutôt les aides à domicile qui

prennent l'initiative, mais dans des conditions précaires : par exemple au moment des courses pour la personne âgée, pour échanger rapidement quelques informations. « Mme B dort habillée maintenant. » (Cf. Encadré sur le « photogramme »).

PHOTOGRAMME : « UN OUTIL DE SUPERVISION COLLECTIVE POUR LE TRAVAIL SOCIAL » (SOURCE : ADMR EN BELGIQUE)

Cet outil, issu de la pratique d'associations en Belgique, permet d'avoir une « photo » informatisée de la famille dans laquelle le travailleur social intervient : caractéristiques de la personne aidée, de sa santé, de sa vie quotidienne, du niveau de ses revenus, de la situation avec sa famille et son entourage, du projet d'aide... historique de l'intervention à domicile, intervenants... Les

informations proviennent de la vie quotidienne de la personne et des intervenants.

Cet outil permet d'ajuster au plus près l'accompagnement en fonction de l'évolution de la situation, et d'instaurer un réel travail d'équipe autour de la personne aidée, à partir d'informations et d'analyses partagées.

En cas d'absence ou de vacances de l'aide à domicile, elle est remplacée, ce qui n'est pas toujours bien accepté par la personne aidée. Pour éviter le « phénomène de rupture pour la personne que constitue l'arrivée d'une remplaçante »²⁴ et pour faciliter le travail de celle-ci, l'organisation du travail par l'association peut prévoir de préparer la personne à ce changement, de donner des informations à la remplaçante sur l'état de santé de la personne, ses habitudes, des détails de sa vie (rangement des matériels, façon de faire pour la lever...). Cela éviterait à celle-ci de s'entendre dire « Il faut tout vous expliquer. Votre collègue, elle, ... ».

L'aide à domicile habituelle exprime souvent le souhait de savoir qui la remplace. D'où l'intérêt qu'elles se connaissent bien entre collègues et respectent le travail de chacune.

Une aide à domicile (observée dans son travail) raconte : « Une jeune femme me remplace, mais on découvre qu'elle ne sait pas lire le français : elle est donc bien en peine pour prendre connaissance du programme détaillé que j'avais rédigé pour elle ! » Elle souligne aussi : « On ne l'a pas prévenue qu'il fallait une clé pour rentrer à ce domicile. Elle a dû attendre l'aide-soignante pour rentrer. »



AU QUÉBEC, « ON PASSE UN CONTRAT DE « BIEN-TRAITANCE RÉCIPROQUE »

L'ASSTSAS (Association canadienne pour la santé et la sécurité du travail, secteur des Affaires sociales) propose plusieurs niveaux de prévention :

1 – rappel de la loi

Dans le droit canadien les employeurs (usagers ou association) sont obligés d'assurer une organisation et des moyens de travail compatibles avec la santé/sécurité de l'employée. Comme en droit français (Cf. le droit de retrait article L 231-10 du Code du travail), « le travailleur canadien a le droit de refuser d'exécuter un travail s'il a des motifs raisonnables de croire que sa santé est en danger ». Toutefois pour en arriver à l'application de ce droit, d'une part, il faut que la situation soit grave et, d'autre part, elle suppose une bonne dose de courage, car la procédure oblige à remonter à l'employeur et à l'inspecteur de la CSST (Commission Santé Sécurité au Travail = organisme chargé par le gouvernement de faire respecter les lois sur la santé/sécurité) et il est probable que cela conduise à des relations ultérieures difficiles.

2 – niveau de la négociation/information

L'ASSTSAS recommande et fournit un argumentaire pour que les salariées informent les usagers de leurs responsabilités et des risques.

3 – vers un contrat de « bien-traitance réciproque »

L'ASSTSAS suggère de généraliser la pratique de certaines associations qui consiste à « passer contrat » entre l'association et l'usager. Le « contrat » détaille :

1) des manières de faire le travail, des « procédures » :

ce qui distingue l'entretien « léger » de l'entretien « lourd », les méthodes de travail : les planchers ne sont pas lavés à genoux par exemple, des moyens recommandés.

2) des « règles » :

elles précisent ce que la « bien-traitance réciproque » signifie : « ce que l'association ne tolère pas », « ce qui ne se fait pas ».

3) si le « contrat » n'est pas respecté : modalités d'appel et les conséquences (arrêt de l'aide).

L'ASSTSAS souligne les étapes à respecter pour parvenir à un « contrat » efficace :

- la conception/rédaction : des formulations suffisamment larges pour recouvrir des réalités diversifiées et évolutives,

- l'adoption du contrat par le conseil d'administration, de l'association,

- la diffusion : auprès des salariées d'aide à domicile et des usagers,

- l'application : discuter avec l'usager (et son entourage) de ces règles et de leur application dans le contexte,

- la mise à jour : les situations évoluent, les rédactions sont à parfaire, il faut donc inventer des modalités de « retour d'usages » de ces règles.

Dans le contexte français, on pourrait suggérer qu'au moment de passer contrat, un « état des lieux » soit fait relatifs aux difficultés prévisibles et aux moyens mis en œuvre pour effectuer le travail. Et si possible qu'un « plan d'actions » (d'améliorations des équipements...) soit élaboré conjointement.

24 Cf. ouvrage SEMAD, 2002.



Mettre en pratique des groupes de paroles d'aides à domicile

Dans la relation avec les personnes âgées où l'affectivité est inévitablement engagée mais demande à être canalisée, dans cette confrontation répétée à des situations marquées par la maladie, le handicap, la précarité, la souffrance ou la mort, dans cet exercice quotidien solitaire, la charge pour les aides à domicile peut devenir très lourde si aucun lieu de parole n'est organisé pour l'alléger.

Les groupes de parole sont une des propositions faites par des structures prestataires pour soutenir les aides à domicile dans leur travail, et contribuer ainsi à améliorer l'aide apportée aux usagers. Ce choix porte la marque d'une réelle volonté et la conviction de l'intérêt de la démarche de la part des employeurs dans la mesure où ces actions ne sont en général pas financées au titre de la formation continue, et doivent donc l'être sur fonds propres ou sur des projets spécifiques. L'exemple relaté ci-dessous est une modalité possible de ces groupes.

► Le cadre

Les groupes sont conduits par une animatrice extérieure à la structure mais au fait de son fonctionnement et de son projet. L'animatrice est formée à l'écoute, à la conduite de groupe et possède une bonne connaissance du secteur et du métier. Les groupes sont constitués d'une douzaine d'aides à domicile, toujours les mêmes, hors présence hiérarchique, et se réunissent durant 2 heures, une fois par mois, pendant environ une année.

Les professionnelles demandent elles-mêmes à participer à un groupe, parce qu'elles ont pu en mesurer les effets ou l'intérêt, pour l'avoir déjà vécu ou parce qu'elles en ont entendu parler par une collègue. Elles ont pu également être sollicitées par les responsables hiérarchiques, en particulier en raison de la lourdeur de certains des accompagnements de personnes qu'elles réalisent.

Les objectifs du groupe sont définis en accord avec les responsables de la structure et exposés aux participantes avant le démarrage. Ils consistent en général à :

- pouvoir écouter et prendre la parole,
- se soutenir mutuellement,
- prendre du recul, mieux comprendre la manière dont on fonctionne sur le plan professionnel,
- situer les limites du rôle de l'aide à domicile,
- élargir, pour chacune, les possibilités d'action dans son travail.

► **Les règles de fonctionnement** doivent permettre la circulation de la parole en toute sécurité : confidentialité des propos tenus dans le groupe, respect de l'autre et de sa parole, principe de non jugement, liberté de dire et de ne pas dire.

La garantie du respect de ces règles est du ressort de l'animatrice. Elle est vigilante à ce que la parole ne soit pas monopolisée par une ou quelques personnes, dont la pratique pourrait se poser en modèle. Elle sollicite, soutient et relance les plus en retrait. Certaines peuvent en effet avoir des difficultés à la prise de parole, par timidité, ou parce que la confiance dans le groupe n'est pas encore établie.



► Le principe

Les séances démarrent par un tour de table où chacune peut aborder les questionnements, difficultés, interpellations qu'elle souhaite renvoyer au groupe. Cette approche permet **de repérer la ou les situations qui ont posé problème**, et de **les reprendre dans un travail plus approfondi**, sous réserve que l'aide à domicile concernée le souhaite.

Il s'agit alors qu'elle expose le plus précisément possible cette situation de travail vécue, jusque dans ses aspects les plus concrets, en s'appuyant sur les actes posés, afin de la rendre accessible au groupe, puis, petit à petit et avec l'appui du groupe, mette en mots le ressenti et les émotions dont elle est pétrie.

C'est un travail d'écoute, écoute de soi, écoute de l'autre : De quoi est-il question ? Comment résonne en moi – en elle - ce que je dis – ce qu'elle dit - ? Qu'est ce qui est difficile pour moi – pour elle - dans cette situation ?

On ne recherche pas pourquoi, ce qui, dans son histoire, peut expliquer que telle aide à domicile soit confrontée à telle difficulté dans telle situation, mais plutôt à démêler, et l'aider à démêler, les ressentis complexes et les tensions dans lesquels elle est prise.

C'est pouvoir dire et se dire, en étant entendue : l'anxiété avant le démarrage d'une nouvelle mission, l'impuissance devant cette vieille dame soufrière dont l'état de santé se dégrade inexorablement, la peur face au fils agressif qui vit encore chez sa mère malade, la colère et l'humiliation

devant les propos injurieux à son égard tenus en sa présence dans une langue étrangère par un couple ... qui ignore que l'aide à domicile comprend ce qui se dit, le sentiment d'abandon – d'abandonner, d'être abandonnée - après la mort d'une personne accompagnée depuis de nombreuses années, le désir d'aider et l'image de soi comme aidante mis à mal par la répulsion ressentie au contact de cette femme qui ne se lave plus, le poids mêlé de fierté à « être tout » pour ce vieux monsieur isolé.

Décrire ce qu'on a fait dans la situation permet également d'accéder aux **représentations qui animent l'activité de l'aide à domicile** et sa relation avec la personne âgée ou son entourage.

Parfois, en ce qui concerne les tâches ménagères, l'exigence de l'aide à domicile est forte : *« quand je pars, il faut que ce soit nickel »*.

A l'inverse, pour une autre, la contribution à ces tâches peut être réduite au minimum pour prendre le temps de parler avec la personne (*« La poussière peut attendre ! »*).

Dans la nécessité à faire, et à faire beaucoup, le « faire à la place de » peut prendre toute la place et l'« aider à faire » se trouver réduit à la portion congrue.

Séparée au quotidien des collègues et du service, l'aide à domicile peut en arriver à occulter, dans sa relation avec la personne aidée, aussi bien le cadre dans lequel cette relation s'inscrit, que les autres parties prenantes (responsable de secteur, autres aides à domicile, famille...). Elle peut alors faire face dans la plus grande solitude aux difficultés rencontrées.



Des représentations concernant les proches, marquées par le jugement ou son histoire (la fille indigne qui abandonne ses parents, le fils qui attend l'héritage) renforcent parfois ce sentiment de ne pouvoir compter que sur soi-même.

La diversité des représentations qui vont s'exprimer dans le groupe permet de pointer que d'autres manières de voir sont possibles, et invite à s'interroger : et si on voyait les choses autrement ?

Le propos n'est pas de procéder à l'analyse de la situation de la personne aidée. Celle-ci peut être réalisée dans des réunions animées par un responsable hiérarchique et regroupant plusieurs intervenants auprès d'une même personne. Il s'agit d'élaborer un projet d'intervention auprès de la personne et, par là, de donner sens au travail de l'aide à domicile. **Groupe de parole et réunion de synthèse se présentent ainsi comme complémentaires.**

Certains éléments relatifs à la personne âgée devront cependant être pris en compte pour poursuivre la réflexion autour de la situation exposée.

S'il est important pour l'aide à domicile de pouvoir dire son désarroi, de comprendre ce qui a été atteint en elle devant l'accusation de vol de la part d'une personne dont elle croyait la confiance acquise, il est important aussi de resituer cette accusation au regard de la maladie d'Alzheimer que cette personne développe. De même, rattacher l'agressivité que manifeste un usager qui vit douloureusement son handicap permet de donner un autre sens à la relation qui s'est instaurée avec l'aide à domicile.

En effet si c'est la subjectivité des participantes qui est au centre du travail, il reste néanmoins que les situations décrites sont également faites de la subjectivité de la personne aidée, de la **rencontre des subjectivités de l'aidante et de l'aidé(e), mais aussi de réalités objectives**. Les rappeler ou les pointer permet une autre forme de mise à distance et éventuellement la mobilisation de moyens d'action appropriés.

Lorsqu'une aide à domicile décrit une situation dans laquelle elle se sent débordée, on pourra travailler auprès d'elle sur son ressenti, sur ses représentations de son rôle, sur le sens des exigences ou attentes supposées de la personne aidée. Mais il pourra apparaître peu à peu à l'aide à domicile et au groupe, par exemple, que l'état de santé de la personne s'est détérioré depuis la dernière évaluation et donc que le temps et les modalités d'intervention sont devenus inadaptés. Confortée par cette analyse partagée, l'aide à domicile se sentira légitime à remonter ses observations auprès de la responsable de secteur pour qu'elle puisse revoir l'évaluation. De même le recours à la responsable de secteur en tant que représentante du service, se révélera pertinent pour redéfinir avec des proches, exigeants ou en retrait, les limites du rôle de l'aide à domicile et les complémentarités à envisager (faire appel à un soignant pour la toilette, à la famille pour faire les courses le samedi...)

Souvent des voies d'évolution se dégagent des échanges. Les participantes, à qui la situation évoque d'autres plus ou moins proches, font part de la manière dont elles-mêmes les ont vécues mais aussi de comment elles s'y sont prises, ouvrant ainsi de nouvelles perspectives d'action.



Une aide à domicile parle par exemple de l'obligation à être positive, à rassurer, à minimiser dans laquelle elle s'est sentie face à cette dame (qu'elle suit depuis plusieurs mois) et qui lui parle de son angoisse à l'idée d'une mort prochaine, angoisse dont elle ne peut ou ne veut pas parler à ses proches. Par l'échange, le rapprochement avec des expériences similaires, il apparaît qu'il peut parfois suffire d'être là, de recevoir ce qui est dit - sous réserve que cela ne résonne pas de manière insupportable en soi -, sans nécessité absolue que des paroles soient dites en retour. Comment entendre ces paroles ? Comment y répondre ? Y a-t-il obligation d'y répondre ? L'important pour cette dame, à ce moment-là, n'est-il pas d'avoir pu **poser ses maux, ces mots auprès de celle qui est suffisamment proche sans l'être trop** ? A quoi peut-on voir s'il y a lieu de proposer une écoute spécialisée (par un psychologue), s'il faut en référer à la responsable de secteur, en toucher un mot aux proches ?...

L'objectif n'est pas de dégager des recettes, mais bien de s'interroger collectivement sur son travail, sur ce qui le fonde et sur les actes qui le constituent.

► Les apports

Les participantes à ces groupes disent éprouver un soulagement à pouvoir déposer difficultés et ressentis, **un sentiment d'allègement** qui fait souvent qu'elles parlent moins de leurs problèmes professionnels à la maison et se sentent moins envahies dans leur vie privée. Elles se sentent moins isolées et ont **l'impression de faire partie d'un groupe**, impression qui semble perdurer au-delà de la tenue du groupe lui-même. Elles esti-

ment ainsi parvenir à mieux prendre du recul et à porter un regard renouvelé sur certains problèmes rencontrés.

► Des représentations évoluent, des pratiques également.

Ces groupes permettent de vivre soi-même l'expérience d'être écoutée et exercent la capacité à écouter l'autre dans ses similitudes mais aussi (surtout ?) dans ses différences. Il y a bénéfice direct au sein du groupe, à être entendue, à se retrouver en l'autre (quel soulagement à n'être pas seule à vivre « ça » !), mais aussi à s'apercevoir qu'il peut ressentir, penser ou faire les choses autrement, (sauf que ce « ça », on ne le voit pas tout à fait de la même façon !). Transposée dans l'intervention à domicile, cette capacité peut contribuer à ce que l'aide à domicile tente d'entendre la demande et le besoin de l'usager de son point de vue à lui - quitte à négocier ensuite, car tout n'est pas pour autant possible ou acceptable ! -, plutôt que de partir de ce qu'elle-même pense qui est bon pour lui.

Le recours à d'autres intervenants à domicile semble facilité, ainsi qu'une meilleure transmission à la hiérarchie, avant que les situations ne s'enkystent ou ne débordent pour se conclure en un rédhibitoire « *je n'en peux plus, il faut me la changer !* », qui va de surcroît être vécu comme un échec. Encore faut-il qu'une relation de confiance et de collaboration ait été établie avec les responsables, et que l'aide à domicile ne prenne pas ainsi le risque d'être taxée d'incompétence.

Parfois des propositions plus directement en rapport avec l'organisation du travail peuvent émaner du groupe, et être retransmis à sa demande (ou avec son accord) à la hiérarchie de la structure.



Articuler le projet du service et des aides à domicile, avec celui des usagers et celui des autres intervenants au domicile

- **L'aide à domicile devrait devenir une « référente » dans la coordination de tous les intervenants au domicile**

Au niveau national la création de CLIC²⁵ (comités locaux d'information et de coordination gérontologique) a amélioré la situation, mais les situations sont diverses.

Des structures de maintien à domicile sont partie prenantes de ce « réseau » pour mieux se coordonner **avec les autres intervenants** (médecins, infirmière, kiné, employé pour le port des repas, pour les dépannages...) afin d'assurer une cohérence des interventions complémentaires et une qualité de vie des personnes aidées.

Cependant, dans ce système, l'aide à domicile est encore loin d'être reconnue, alors que c'est la professionnelle qui vit le plus de temps auprès des personnes aidées (et de leurs familles). Elle devrait donc à terme devenir une référente à part entière auprès de tous ceux qui concourent au maintien à domicile : famille, soignants, services municipaux, voisinage...

Ainsi, des médecins sont conscients du rôle joué par l'aide à domicile mais d'autres l'ignorent. Pourtant celle-ci est souvent sollicitée pour accompagner chez le médecin :

« Je suis présente pour aider la personne à se déshabiller et entendre ce qui est dit, voire pour servir d'intermédiaire. Certaines personnes redoutent ces visites car elles ont des difficultés pour s'exprimer, peur de mal entendre ou de ne pas comprendre les termes médicaux »²⁶... « Le médecin nous informe de la maladie et de son évolution ou il nous appelle pour savoir comment ça va. »

Parfois, si elle considère que l'état de santé de la personne s'est brusquement aggravé, elle prend l'initiative d'une réunion avec la famille et le médecin.

- **Le travail de l'aide à domicile devrait être articulé avec les aidants des familles**

L'organisation du travail par la responsable de secteur prend en compte les relations avec la famille (par exemple, le fils vient le samedi faire les courses, donc l'aide à domicile n'interviendra pas ce jour-là). Les aides à domicile rencontrées souhaiteraient la possibilité d'un contact régulier avec les familles, par exemple pour pouvoir les joindre immédiatement en cas de problème, mais aussi pour se sentir soutenues.

« La famille, parfois ils comptent trop sur nous... On ne les aperçoit souvent que sur des photos. Ce serait bien de les voir de temps en temps ! ».
« Cette personne, je connais bien sa nièce et nous nous téléphonons au moindre problème. C'est rassurant de se savoir épaulée et comprise. » (témoignages recueillis).



Exemple d' action : Le Cercle des familles d' Ages et Vie (Denis Mennessier) est un espace qui permet la formulation collective de besoins et d' attentes de la part des familles, des échanges entre usagers et professionnels.

Agir sur la formation et la qualification dans l' aide à domicile

« La formation ça nous protège » ... « Elle permet de savoir que nous avons des limites et que, même si ce n' est pas toujours facile, nous devons essayer de les respecter et de les faire respecter par la personne aidée. »

Face aux besoins et aux attentes de la société, on assiste à une mobilisation de moyens, en faveur de la formation et de la qualification. On peut y voir le signe encourageant d' une prise de conscience de leur nécessité au-delà du cercle des professionnels, convaincus depuis longtemps qu' il ne suffit pas d' aimer les personnes âgées, de désirer les aider et d' avoir une expérience familiale pour construire une posture professionnelle et mettre en œuvre les multiples compétences requises. **Le diplôme d' Etat d' auxiliaire de vie sociale (DEAVS)** est le diplôme de référence pour intervenir à domicile auprès de publics fragilisés, en particulier les personnes âgées dites dépendantes²⁷. Cependant d' autres diplômes ou formations existent et permettent de se qualifier dans ces métiers.

Le DEAVS comporte 11 modules répartis en 5 unités de formation (voir en ANNEXE) : « Les béné-

ficiaires de l' intervention », « Accompagnement et aide aux personnes : dans les actes essentiels » et « dans les activités ordinaires de la vie quotidienne », « dans les activités de la vie sociale et relationnelle », « Méthodologies d' intervention » (dont l' ergonomie). Il se prépare en 500h de formation théorique et pratique en centre de formation et 560h de stage en situation.

Outre le DEAVS, le Ministère du Travail, de l' Emploi et de la Cohésion Sociale homologue également le titre « assistante de vie ». Ce titre, que valide l' AFPA par des mises en situation réelle ou reconstituée, se compose de 3 Certificats de Compétences Professionnelles (CCP), « Assister les personnes dans la réalisation des actes de la vie quotidienne », « Assurer la garde active des enfants et des bébés à leur domicile », « Assister les personnes dans la réalisation de leurs tâches domestiques », que l' on peut passer ensemble ou successivement dans une durée d' au plus 5 ans. Il est reconnu en catégorie B dans l' accord de Branche.

■ La formation continue

L' élaboration et la réalisation de parcours de formation et de qualification de leurs salariées sont une des préoccupations fortes des structures d' aide à domicile, aussi bien pour améliorer la qualité de l' aide apportée que pour fidéliser les salariées.

²⁵ Cf. Circulaire du Ministère de l' emploi et de la solidarité en 2001.

²⁶ Cf. ouvrage SEMAD, 2002.

²⁷ Le Certificat d' Aptitude aux Fonctions d' Aide Médico-Psychologique (CAFAMP), reconnu en catégorie C comme le DEAVS, conduit majoritairement à intervenir en institution, et le Diplôme d' Etat de Technicienne d' Intervention Sociale et Familiale (DETISF), diplôme de niveau 4, reconnu en catégorie D, amène plutôt à travailler auprès de familles.



La formation constitue pour les aides à domicile un espace collectif où peuvent se confronter des règles de métier, des pratiques... qui ont à voir avec la prévention pour leur santé. Dans ce cadre, l'enrichissement de la formation par une initiation à la démarche ergonomique pourrait être utile aux aides à domicile pour « auto-analyser » leur propre travail et ainsi participer à des actions de transformations de leurs conditions de travail.

Les structures cotisent pour la formation continue auprès d'un Organisme Paritaire Collecteur Agréé (un OPCA, Uniformation pour la branche Aide à Domicile), mais l'utilisation de ces crédits de formation donne lieu à des ajustements délicats, où vont entrer en compte :

- l'équilibre des budgets de fonctionnement : les financeurs sont encore loin d'avoir intégré toutes les conséquences de l'accord de branche, puisqu'ils rémunèrent l'heure d'intervention au même tarif quelle que soit la qualification de l'intervenante, alors que les associations la prennent en **compte dans les salaires**. C'est ainsi qu'un certain nombre d'associations ayant fait le choix de la formation et de la qualification et donc faisant face à des charges salariales plus élevées, se trouvent fin 2004 en difficulté financière ;
- les demandes de formation et de reconnaissance (y compris salariale) des aides à domicile ;
- une recherche d'adéquation entre les besoins des usagers et le niveau de compétence des intervenantes ;
- les frontières, entre les différentes catégories A, B et C.

Les services proposent ainsi à leurs salariées :

- l'accès au DEAVS, par formation, par VAE, ou le plus souvent en articulation des deux,
- éventuellement la validation de CCP « Assistante de vie »,
- des formations sur des besoins repérés, telles que « Maladie d'Alzheimer », « Accompagnement de fin de vie », « Formation aux Premiers Secours », « La première fois à domicile », « Formation au tutorat »...

► **La Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)**

En 2003, près de 6.000 aides à domicile ont obtenu tout ou partie du DEAVS par le système de la VAE. L'analyse des résultats montre l'utilité de l'accompagnement pour la préparation du dossier : revenir sur son expérience, expliquer ce qu'on en a retiré, mettre des mots sur son travail est une démarche ni simple, ni spontanée. Un accompagnement de 24h peut être financé au titre de la formation continue.

La VAE est une nouvelle modalité d'acquisition de tout ou partie d'un diplôme ou d'un certificat professionnel, créée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002. C'est une démarche personnelle pour faire reconnaître les compétences acquises dans ses activités professionnelles ou bénévoles.

Trois diplômes (ou titres) de l'intervention à domicile sont actuellement accessibles par la VAE : le DEAVS, la Mention complémentaire aide à domicile et le Titre assistante de vie.



► La VAE comporte plusieurs étapes :

- Le retrait puis la remise du dossier dit de recevabilité auprès de l'organisme qui certifie le diplôme²⁸ : le candidat justifie par des attestations, bulletins de paie... de trois années d'expérience « en lien direct avec le diplôme ». L'organisme a deux mois pour signifier la recevabilité ou non de la candidature.

- En cas de réponse favorable, la constitution du dossier de validation : le candidat décrit ses activités et compétences (avec les justificatifs) et les diplômes ou attestations de formation. Pour préparer ce dossier, il peut bénéficier d'un accompagnement par un organisme de formation.

- La soutenance devant le jury de validation : le candidat se présente devant le jury et répond à ses questions, voire est mis en situation (CCP AFPA). En cas de validation partielle du diplôme, le candidat dispose de 5 ans pour valider les unités non obtenues.

► La formation initiale

De nombreuses qualifications relèvent de la formation initiale :

- Le DEAVS.
- Des BEP et CAP des ministères de l'Education Nationale et de l'Agriculture²⁹ sont reconnus en catégorie B dans l'accord de branche.

Le titulaire d'une « mention complémentaire aide à domicile », peut obtenir l'équivalence au DEAVS et intégrer ainsi la catégorie C.

► La formation en direction des demandeurs d'emploi

Depuis une quinzaine d'années, le secteur des « services à la personne » est considéré par les gouvernements successifs comme un gisement d'emplois. Différents organismes publics ou collectivités (Conseils Régionaux et Généraux, Etat par le biais des Directions Départementales du Travail et de l'Emploi, ASSEDIC...) ont élaboré des programmes et cofinancé des formations destinées à des demandeurs d'emploi et réalisées sous des intitulés très divers – auxiliaire de vie, assistante de vie, intervenant à domicile, aide aux personnes... - par des organismes de formation conventionnés.³⁰

L'idée est de faciliter un premier accès à l'emploi, les compléments de formation et de qualification nécessaires étant assurés en cours d'emploi par la formation continue.

L'efficacité de ces dispositifs est difficile à évaluer en l'absence d'études approfondies permettant de savoir quel est le devenir professionnel de ces personnes à moyen ou long terme. Des expériences de partenariat entre organismes de formation, et structures, en butte à des difficultés de recrutement, indiquent des voies possibles : des stages pratiques (qui demandent un réel effort des associations en raison des réticences des usagers à accueillir un stagiaire) et travail d'intégration au sein de l'association), permettent de soutenir les premiers pas dans le métier, déterminants pour un engagement dans la durée.

²⁸ La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales pour le DEAVS, la Direction Départementale du Travail pour le titre « assistante de vie » de l'AFPA, les dispositifs académiques de validation (DAVA) pour la mention complémentaire « aide à domicile ».



Comment intégrer dans l'évaluation des besoins des personnes âgées, le travail des aides à domicile ?

Compte tenu de l'importance de cette évaluation pour les conditions de vie des personnes et pour les conditions de travail des aides à domicile, la définition du plan d'aide exige des compétences et des moyens pour les personnes qui l'instruisent : d'autant plus que la demande des personnes âgées et de leur famille intervient souvent dans un contexte dramatique, voire d'urgence (après le décès d'un conjoint ou après un retour d'hospitalisation...) et que les procédures administratives sont bien loin de leurs préoccupations. Il semble que les pratiques des professionnels soient diverses, même avec l'APA.

- **L'évaluation des besoins et des attentes des personnes aidées pourrait être associée à la relation entre les personnes âgées et les aides à domicile, et donc associée au travail de celles-ci.**

Il est établi que la grille AGGIR ne donne qu'un reflet partiel de la dépendance.

Un monsieur de 70 ans souffre de brûlures de la trachée et des poumons (il travaillait dans une usine chimique) et est très déprimé depuis le décès de sa femme. Malgré ça, il est capable « physiquement » de s'habiller, sortir, manger seul. Mais il a une peur panique de faire face au monde extérieur. Il est décalé par rap-

port aux temps sociaux, il se lève à une heure du matin, prend son repas de midi à 9h... Il a besoin d'une aide à domicile pour maintenir un lien social. Avec la grille GIR, il est classé GIR 5 ou 6. Il ne peut pas bénéficier de l'APA. La personne qui a fait l'évaluation a alors fait un dossier CRAM. (ANACT/DGAS).

« La constitution du dossier destiné aux financeurs ne permet pas de rendre compte de la situation globale de la personne, notamment sur les dimensions psychologiques et relationnelles. Or ces dimensions sont déterminantes pour la prise en charge à mettre en place... Ainsi cette prise en charge est parfois minimale. Ce sera alors à l'aide à domicile de « se débrouiller » avec ce qu'il y a à faire dans un temps souvent restreint, avec une intensité accrue de travail. » (ANACT/DGAS).

Un comité scientifique sur l'évaluation et l'autonomie, prévu par la loi APA, présidé par Alain Colvez, directeur de recherche à l'INSERM³¹ (épidémiologie des maladies chroniques et du vieillissement, Montpellier) a émis des critiques au sujet de la grille AGGIR et a proposé sept recommandations d'amélioration.

Par exemple :

- « L'évaluation des besoins d'une personne doit être multidimensionnelle, prendre en compte sa situation et son environnement.
- La grille AGGIR doit être conservée pour l'attribution de l'APA mais comme un outil : elle ne représente pas la démarche générale d'évaluation.



- C’est l’évaluation globale des besoins qui doit permettre de définir le montant attribué à la personne dans le cadre de l’APA (et pas le GIR). »

Ces lacunes de la grille AGGIR ont bien été identifiées par les associations qui proposent des « grilles améliorées ». L’UNASSAD propose à son réseau, en complément de l’utilisation obligatoire de la grille AGGIR, une démarche d’évaluation intitulée DESIR « Démarche d’Evaluation d’une Situation Individuelle et de Réponse ». Elle choisit de partir des besoins des personnes (« sujets de leur propre évaluation ») et permet davantage d’échanges entre les personnes et les services.

DESIR se décompose en 5 phases successives dans l’objectif de l’élaboration du plan d’aide :

- identifier la situation individuelle de la personne,
- observer les fonctions et les activités quotidiennes,
- analyser l’environnement (logement, ressources...),
- négocier pour construire le plan d’aide (élaboré avec la personne),
- les préconisations (intervention d’une aide à domicile, aménagement de l’habitat, aides techniques...).

Avec l’APA, une difficulté supplémentaire apparaît avec le fait que la personne qui évalue les besoins et établit le plan d’aide, n’est pas la même que celle qui fait intervenir l’aide à domicile. Si dans certains cas la coordination se passe bien entre les personnes du Conseil Général et les responsables de secteur des structures, dans d’autres non.

- Pour que les aides à domicile (et les personnes aidées) aient moins à gérer les écarts, elles devraient être considérées comme **un « maillon de la chaîne » indispensable dans l’évaluation des besoins et des plans d’aide** (et pour leur renouvellement). L’évaluation des besoins faite par la responsable de secteur, en une ou deux heures seulement, ne peut pas être exhaustive.

« La mise en place progressive du service permettrait de donner tout son poids au rôle fondamental d’information que peut et doit assumer l’aide à domicile pour la mise en place d’un plan d’aide le plus en adéquation possible avec les caractéristiques de la situation de la personne ». (ANACT/DGAS).

Encore faut-il que ces temps de coordination et d’échanges soient prévus et organisés.

Comment établir des liens entre les approches des professionnels de l’aide à domicile centrées sur la personne aidée et celles des ergonomes centrées sur les conditions du travail et la santé des aides à domicile ?

Ainsi les ergonomes de la réadaptation (du GEDER, Groupement d’étude pour le développement de l’ergonomie en réadaptation) parlent de « **situation de handicap** ». Cette notion signifie qu’il n’y a pas de « handicap en soi », mais bien des « handicaps relatifs à chaque situation

29 BEP carrière sanitaire et sociale, CAP petite enfance, CAP employé technique de collectivité.

BEP agricole option services, spécialité services aux personnes, BEP ou CAP agricole option économie familiale et rurale, CAP agricole et para-agricole employé d’entreprise agricole, option employé familial.

30 Ces formations sont assorties d’une exigence de validation et de qualification, par des Certificats de Compétences Professionnelles (CCP) du Titre Assistante de Vie ou des modules du DEAVS.

31 Cf. rapport de janvier 2003 « Pour l’adaptation des outils d’évaluation de l’autonomie » (voir « pour en savoir plus »).



d’action de la personne » : par exemple une personne en fauteuil roulant n’est pas handicapée pour sortir de chez elle si elle accède facilement à la rue, mais elle est handicapée dans la situation où son pavillon est trois marches au-dessus de la chaussée.

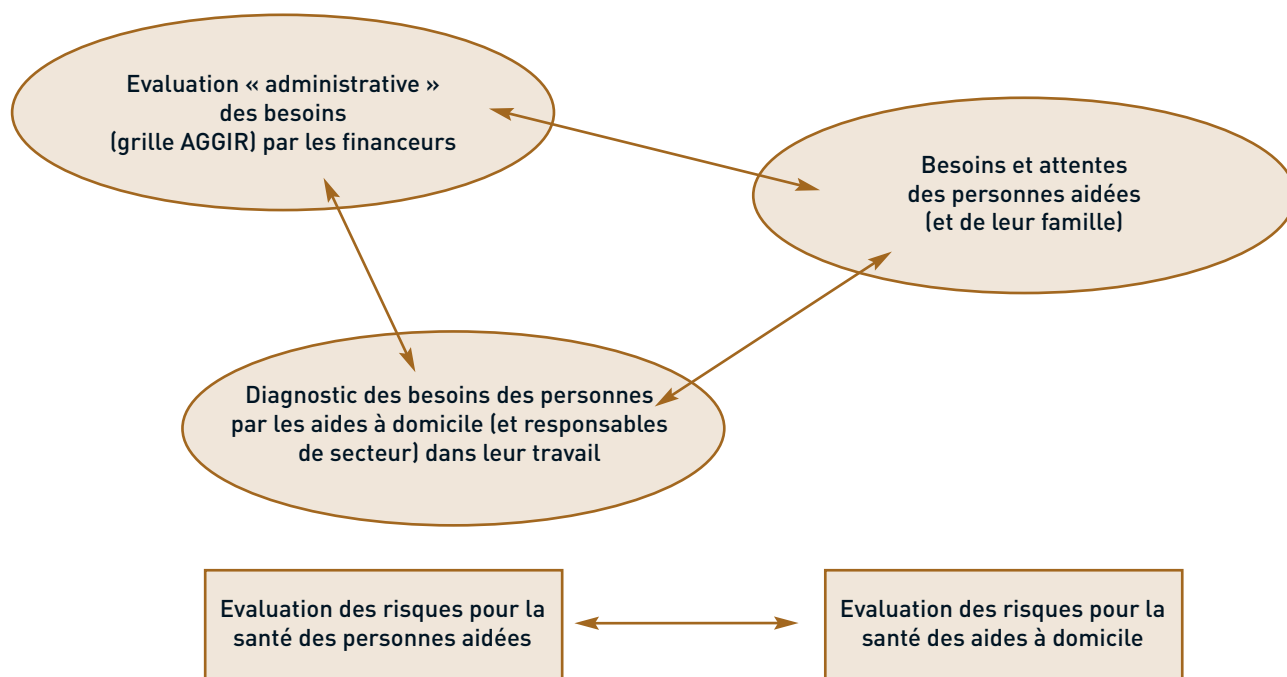
- On pourrait donc suggérer que ces « **situations de handicap** » soient identifiées par les aides à domicile (et les autres intervenants à domicile). Cela permettrait d’affiner et d’actualiser le « plan d’aide ».

Prenons l’exemple d’une totale dépendance de la personne vis-à-vis de l’habillage, la pénibilité du travail pour l’aide à domicile dépend non seulement de l’environnement matériel (espace, possibilité de faire rentrer le fauteuil dans la cham-

bre...) mais également de la situation personnelle de l’aide à domicile (son état de fatigue, ses ressources, sa formation, sa représentation du métier...), de ses contraintes de temps (elle est en retard ou prévoit des embouteillages pour la poursuite de sa tournée...), ainsi que de l’état de la personne (par exemple elle a eu mal toute la nuit, l’habillage est une épreuve, il faut donc y aller doucement...).

L’aide à domicile va tirer de ce vécu une perception et un diagnostic des besoins qui ne peuvent pas être dissociés du travail qu’elle entreprend ici et maintenant.

Il y a un réel enjeu à mettre en relation et à égalité de valeur, ces différents angles d’approche de l’évaluation des besoins (Cf. Figure ci-dessous).



L’établissement d’un diagnostic de « risques encourus par la personne âgée » du fait de ses déficiences est à évaluer au regard des situations qu’elle vit. De même les risques pour la santé de l’aide à domicile sont à situer dans le contexte de leur travail.



Agir pour réunir les conditions d’une prise en compte de la santé au travail des aides à domicile

Dans le secteur du maintien à domicile, on parle beaucoup de professionnalisation, de formation... depuis quelques années³², mais il est peu fait allusion à l’état de santé des professionnelles et à leur vieillissement.

Au-delà de l’application de la loi sur l’évaluation des risques et le « document unique », il n’est pas sûr que l’ensemble des structures soient conscientes de l’enjeu de la santé au travail. Par contre le problème de l’absentéisme et la difficulté de recrutement semblent davantage les inquiéter. La gestion des âges dans ce secteur est un autre défi : elle devrait être un chantier prioritaire pour prendre en compte non seulement les aides à domiciles qui prennent de l’âge, mais aussi les plus jeu-

nes, de façon à ce qu’elles restent dans ce métier et conservent la santé tout au long de leur parcours professionnel.

Il s’agit donc de trouver des solutions et d’abord d’obtenir des informations plus précises au niveau national concernant le santé des aides à domicile. Mais, quelle que soit la solution, le mode de financement du maintien à domicile reste un frein à la santé au travail puisqu’il n’intègre pas les conditions « réelles » du travail.

Exemple de « piste d’action » : les employeurs et les CHSCT (pour les grosses associations) auraient besoin d’indicateurs sur la santé des salariées, intégrés aux outils de gestion. Ils pourraient ainsi mieux exercer une veille sur ces problèmes de santé, leur évolution, le suivi de l’efficacité des mesures prises.

32 Cf. Contrat d’études prospectives (CEP), L’aide à domicile et les employés de maison, Ministère de l’emploi et de la solidarité, La Documentation française, 1999.



PROXIMA EN BELGIQUE : UNE RECHERCHE CO-FINANCÉE PAR LE FONDS SOCIAL EUROPÉEN ET LE SERVICE FÉDÉRAL EMPLOI-TRAVAIL

Le projet PROXIMA a été lancé début 2003 pour tenter de mieux connaître les conditions de travail des aides familiales en Belgique et leur proposer des pistes d'améliorations, soit directes, soit en agissant au niveau de l'organisation du travail dans les services qui organisent l'aide à domicile.

Viellissement général de la population, conditions de travail de plus en plus difficiles, départs anticipés à la retraite, dévalorisation de la profession : le statut d'aide familiale n'a visiblement pas la cote. C'est pour tenter de répondre à cette évolution qu'a été lancé le projet PROXIMA. L'idée de départ était d'étudier les secteurs de l'aide et des soins à domicile mais leur hétérogénéité et leur complexité ont mené les chercheurs à se focaliser uniquement sur les aides familiales³³. Le projet Proxima vise donc à étudier et à améliorer les conditions de travail des aides familiales et à proposer des pistes d'aménagement pour augmenter la qualité de l'emploi, freiner les départs anticipés, attirer de nouvelles recrues, permettre aux travailleuses vieillissantes de rester plus longtemps au travail, revaloriser et reprofessionnaliser un métier traditionnellement féminin. In fine, il est également destiné à améliorer la qualité et la continuité des services apportés aux bénéficiaires, principalement les personnes âgées ou handicapées. Le projet PROXIMA s'inscrit dans le cadre de la programmation fédérale FSE 2000-2006. Il est co-financé par le Fonds Social Européen et par le Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale et repose sur une collaboration du Service de Psychologie du Travail de l'université de Mons-Hainaut (UMH), du Hoger Instituut voor de Arbeid (HIVA) de la KULeuven et de la direction Générale Humanisation du Travail au Service Public Fédéral Emploi Travail et Concertation Sociale.

Un état des lieux³⁴ du secteur fut réalisé dans les 3 régions du pays. Cette première phase de la recher-

che a permis d'élaborer des hypothèses relatives à l'influence que peuvent avoir les différents types d'organisation du travail sur les conditions de travail des aides familiales.

Des suivis de prestations ont eu lieu auprès d'une quinzaine d'aides familiales. Après quoi, deux questionnaires ont été mis au point et appliqués au printemps 2004 dans 87 services et à 1.185 aides familiales. Pourquoi deux questionnaires ? Les responsables scientifiques du projet, Agnès Van Daele (UMH) et Tom Vandenbrande (HIVA) ont estimé intéressant de mener deux enquêtes en parallèle, ce qui permettra « de diriger le projecteur à différents niveaux, non seulement sur les aides familiales, qui ne constituent pas un groupe aussi homogène qu'on aurait pu le penser, mais aussi sur les services. C'est en croisant les résultats à ces différents niveaux que l'on parviendra à mettre à jour des résultats intéressants ».

L'exploitation des données de ces deux questionnaires sera complètement terminée en septembre 2005.

A côté de cet axe « recherche », le projet comporte un axe « action » qui vise la mise en oeuvre d'un programme de sensibilisation, d'information et de formation à partir des principaux problèmes en matière de condition de travail relevés dans le secteur.

La mise au point d'outils de recommandations pour le secteur est prévue en 2005 et 2006.

Il est prévu d'accompagner les divers acteurs lors de la mise en oeuvre des outils sur le terrain et de procéder à une évaluation de ceux-ci.

Nous développerons également un volet qualitatif en 2006, en systématisant le recueil d'opinions émanant d'acteurs et de témoins privilégiés du secteur, tels que les conseillers en prévention et protection au travail, spécialisés en médecine du travail, en ergonomie et en sécurité, ou des aides familiales ayant quitté le secteur avant l'âge légal de la retraite.



LIMITES DES FORMATIONS « GESTES ET POSTURES »

Face à des problèmes de lombalgies chez les aides à domicile, le réflexe de responsables d'associations est souvent de proposer un stage « Gestes et Postures ». Mais cet investissement a des limites :

- L'enseignement n'est pas forcément adapté aux circonstances du travail concret à domicile :

 - Il désolidarise souvent la technique de manutention du travail des aides à domicile. Par exemple, le travail coopératif à deux aides à domicile est rare pour la manutention d'une personne très lourde (contrairement à ce qui se passe en institution pour des personnes dépendantes identiques, où les salariées ne sont pas seules).
 - La pression temporelle, l'urgence... sont rarement mis en scène lors des apprentissages.
- S'appuyer sur « la participation de la personne aidée à sa propre manutention » peut fonctionner pour autant que cet objectif est soutenu par la structure.
- Les équipements proposés sont souvent peu connus (Cf. film INRS « Travailler auprès des personnes âgées ») et parfois peu adaptés au contexte du domicile.

Par exemple la présence d'un lit médicalisé ne diminue pas forcément les postures pénibles. L'exiguïté des locaux, l'état des patients, la pression temporelle, la collaboration ou non de la famille jouent un rôle important sur les postures des aides à domicile.



Néanmoins, ces techniques gestuelles sont utiles à connaître, à condition qu'elles se situent dans une approche globale des situations et des solutions possibles et que l'aide à domicile ne culpabilise pas : « Je n'ai pas fait comme on m'a appris en stage, mais... ». En effet, la posture de travail est influencée par de multiples facteurs³⁵.

³³ En Belgique, les missions des aides familiales varient quelque peu d'une Région à une autre. Elles sont décrites dans les états des lieux établis pour les différentes régions.

³⁴ Ces états des lieux sont accessibles sur le site www.umh.ac.be/psy-trav/proxima

³⁵ Cf. J.M. Frontini, C. Teiger, communication SELF (voir « Pour en savoir plus »).



Développer les droits des aides à domicile

Un débat dans le secteur professionnel est nécessaire à ce sujet pour aboutir à des améliorations. On évoque de plus en plus les droits de la personne âgée ou handicapée mais qu'en est-il des droits de la personne qui intervient à domicile ? On est surpris que certains droits acquis depuis longtemps dans d'autres professions ne le soient pas encore pour les aides à domicile.

► Développer la surveillance médicale

Comme tout salarié, les aides à domicile devraient avoir le « droit à la médecine du travail », quel que soit le type de contrat entre la structure et l'utilisateur (prestataire ou mandataire), d'autant plus que les médecins du travail n'ont pas le droit d'aller sur leurs lieux de travail (qui sont les domiciles privés).

► Prendre en compte le temps « réel » de travail :

- temps de trajet quel que soit le type de contrat entre l'association et l'utilisateur,
- les « trous » entre deux personnes,

- le temps administratif (comptabilité des heures...) et de coordination avec la structure et les autres intervenants,
- le cumul de 10 à 15 minutes par jour (plusieurs fois par jour) parce que les personnes âgées essaient de retenir l'aide à domicile ou parce qu'elles gèrent des imprévus.

► Le contrat de travail

Par exemple, lors de l'application des 35h, les partenaires sociaux de la branche ont souhaité le développement prioritaire de conversion des « temps partiels » en « pleins temps ». Mais la situation n'est pas simple : oui aux 35h, mais la pénibilité du travail augmente avec l'exercice du « plein temps ».

Les temps partiels sont fréquents, mais il faudrait regarder de plus près entre ceux qui sont souhaités et ceux qui sont subis. Il en est de même pour le cumul prestataire-mandataire (et « particulier employeur »).

La rémunération à l'heure, encore répandue, reste un frein à la professionnalisation, à la santé au travail et au sentiment d'appartenance à un métier.



Adapter l'habitat des personnes aidées, c'est améliorer leurs conditions de vie et les conditions de travail des aides à domicile

► Faciliter le financement des travaux

La conception et l'adaptation des logements est en retard sur les besoins de la société.

Quelques chiffres :

- « Près de 500.000 personnes en France estiment avoir des difficultés d'accès à leur immeuble ou maison et plus de 500.000 considèrent avoir des difficultés d'accès aux différentes pièces du logement.

- 10 % des 60 ans et plus n'ont pas d'équipements sanitaires, plus de 40 % n'ont pour chauffage qu'une cheminée à feu ouvert ou un appareil indépendant. »³⁶

Par ailleurs, les accidents domestiques augmentent chez les personnes âgées : 275 morts pour 100.000 personnes chez les personnes de plus de 75 ans.

« L'organisation même du bâti et les insuffisances des quartiers peuvent créer une situation d'isolement, de pertes de lien social... Une question de société qui se résume en un mot : l'accessibilité, c'est-à-dire l'organisation de relations entre différents lieux, d'une pièce à l'autre, de l'appartement à l'immeuble, de l'immeuble à la rue et à ses services,

etc. Or aujourd'hui, notre pays ne construit que pour les gens valides. Dans certains pays, comme le Québec, le handicap fait partie de la norme, il est donc intégré à toutes les politiques...» (P. Dard).

Une prise de conscience commence à avoir lieu sur les espaces urbains et l'accessibilité aux handicapés, mais pas encore pour les personnes âgées. Même si des aides financières existent, il semble que la plupart de temps, ce sont les usagers qui financent les travaux d'amélioration de leur logement.

Françoise Le Borgne-Uguen et Simone Pennec montrent, dans leur recherche auprès d'une population âgée de 60 ans et plus, vivant à domicile, disposant de revenus modestes (97 % des personnes interviewées ne sont pas imposables, dont plus de 44 % gagnent moins de 1.000 euros par mois) que la part principale du financement est assurée par les personnes elles-mêmes. En effet 43 % des personnes financent plus de 70 % du montant des travaux.

« Dans le cas des retours d'hospitalisation, les financements sont compliqués et longs à obtenir... L'idéal est de débiter un dossier de demande d'aide six mois avant le retour à domicile (projet bouclé et devis obtenus) afin de pouvoir bénéficier de toutes les aides possibles... Ce qui n'est quasiment jamais possible. »

De plus les personnes qui ne peuvent pas avancer l'argent pour les travaux, doivent multiplier

³⁶ Cf. Enquête INSEE (DREES) « Handicaps, incapacités, dépendance (HID) de 1999.



les démarches pour rechercher des aides, attendre des dérogations, la décision des commissions : les travaux (si l'apport personnel n'est pas trop important) risquent de se réaliser trop tardivement par rapport à des besoins urgents (cas de retours d'hospitalisation, par exemple). Des témoignages montrent que des délais de décisions très longs peuvent entraîner des drames (placement en institution contre la volonté des personnes et parfois suivi de la mort de celles-ci).

Parfois, il y a d'autres limites aux aménagements :

- Certains travaux doivent être votés par la copropriété de l'immeuble : réfection des réseaux avant d'installer un nouveau WC, remplacement de fenêtres...

- Des impossibilités techniques : par exemple, dans les vieux immeubles de grandes villes, pour mettre un ascenseur ou une douche (problème d'écoulement de l'eau/sol) ; dans un appartement de 40 m², rotation impossible d'un fauteuil roulant dans la salle de bains et la cuisine.

- Des décisions administratives : « suite à la canicule les demandes de climatisation ont augmenté, mais des organismes financeurs refusent ou réfléchissent ! » (PACT Paris).

Exemples d'actions possibles :

- Une information sur le PACT ARIM (voir encadré).

- Une aide psychologique auprès des malades pour l'acceptation du handicap et de la nécessité de changements dans la vie quotidienne.

- La création d'un fonds d'urgence pour permettre un minimum de travaux permettant un retour à domicile (ACT Habitat, Annecy)³⁷.

► Adapter un logement en respectant l'intimité et la mémoire.

Des contradictions apparaissent encore sur ce qu'est un logement « adapté » du point de vue des professionnels (du social et du bâtiment) et du point de vue de la personne aidée (et de sa famille). « Les préoccupations, la perspective des uns et des autres ne sont pas les mêmes. » (S. Pennec).

Qu'est-ce que l'habitat ?

« L'habitat désigne plus qu'un espace à habiter, il est le lieu d'un projet, d'une projection de soi, le reflet de soi, son histoire »... Habiter, c'est créer son espace vital, la responsabilité que j'assume dans la maison » (Manoli Davila, journée organisée par l'UNASSAD le 16 novembre 2004).

« Habiter renvoie autant à la manière d'être dans son logement, de s'y abriter, de s'y protéger qu'à la manière dont on va se comporter à l'extérieur de ce logement : c'est à la fois « habiter et être habité » » (Bernard Ennuyer)³⁸.

Du côté de la personne âgée (et de sa famille) le risque existe que ces interventions de professionnels pour « améliorer » l'habitat, soient vécues comme une intrusion, voire un envahissement et une effraction de son espace d'intimité. Cela peut entraîner des conséquences graves pour la personne.



« On a installé un lit médical, le petit fils a changé des meubles de place. La personne aidée était bouleversée : « je ne suis plus chez moi , je ne reconnais plus rien ». On a tout remis. »

Exemples d’actions possibles :

- Une coordination et la négociation entre les différents professionnels - dont les aides à domicile - et les usagers, pourraient permettre une adaptation progressive dans le temps entre des options possibles d’aménagements.

- Pour faciliter l’accès aux aides techniques, les coûts devraient être davantage pris en charge par l’assurance maladie : aujourd’hui de fortes inégalités existent selon les financeurs, la situation sociale et les régimes de protection sociale... De plus, ces aides techniques devraient être mieux connues par les professionnels de l’aide à domicile, les prescriptions mieux adaptées, davantage de conseils spécialisés (non subordonnés à la vente).

► Expériences de démarches intéressantes pour des aménagements de l’habitat

Jean-Paul Puyo, ergonomiste et ethnologue, constate que « pour les aides techniques, tout se passe comme si la personne aidée appliquait passivement et en toutes circonstances les procédures. Pourtant la réalité montre des compromis, des stratégies de détournements d’usage, des comportements agressifs, de fuite... »

Il donne deux exemples de réactions d’usagers au sujet de la téléalarme :

« Le paradoxe de la télé-alarme consiste à payer

dans l’espoir que rien n’arrivera, qu’il n’y aura pas de service à recevoir. La pratique montre que ce service est l’un des plus « détournés ». Les vrais appels d’urgence sont rares : 5 sur 100 au maximum nécessitent une intervention médicale ou d’urgence. Les autres appels entrent dans la catégorie des « appels non provoqués » ou encore « faux appels ». La télé-alarme sert à faire passer cette demande première et la plus méconnue des personnes âgées, la demande d’échange et de communication. »

Mme B, 95 ans, vit seule dans un pavillon près de ses enfants. Une télécommande a été choisie, elle la porte autour du cou. Cet appareil actionne, par pression digitale, une sonnerie dans la maison de son fils. Les observations et entretiens montrent que l’utilisation de la télécommande est incompatible avec les activités de Mme B. Quand elle ramasse les mauvaises herbes au sol, l’appareil sort de son étui. Pour aller au WC, il gêne au déshabillage... En conséquence, elle le pose chez elle. L’appareil devient inefficace.

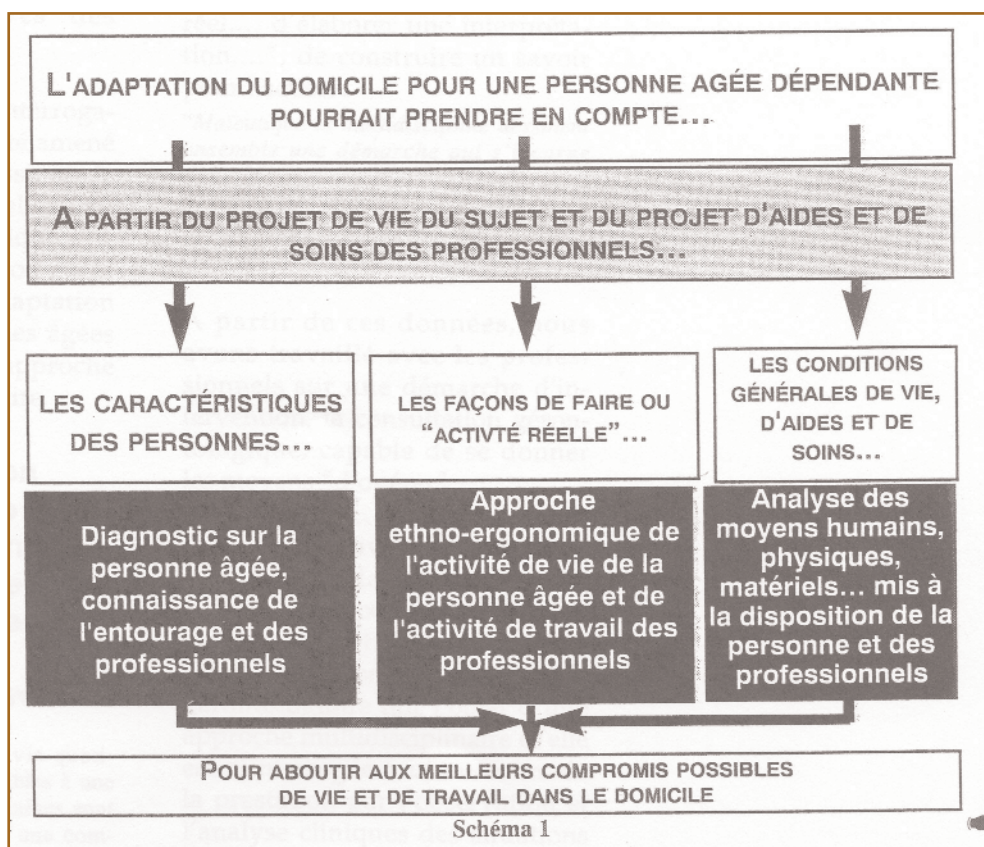
Jean-Paul Puyo a défini, avec une association bordelaise de coordination gérontologique, une démarche d’intervention intégrant l’adaptation de l’habitat dans une approche globale et multidisciplinaire. L’analyse de la demande et l’analyse des situations « réelles » de vie des usagers et de tra-

37 Démarches d’intervention pour un habitat adapté après une hospitalisation pour des personnes handicapées ou âgées, Fédération nationale des centres PACT ARIM et Fédération hospitalière de France, mars 2003.
38 Documents CLEIRPPA, Cahier N°12, octobre 2003 « Habitat et identité sociale ».



vail des intervenants à domicile y occupent une place essentielle... Plus fondamentalement, cette démarche abandonne l'idée « d'un manque à com-

bler » pour se construire autour « d'un potentiel à optimiser ».



L'analyse du travail des aides à domicile est indissociable de l'analyse des modes de vie, des rites, des appropriations de l'espace de leurs occupants.

Françoise Le Borgne-Uguen et Simone Pennec, sociologues³⁹, montrent que l'appropriation des objets techniques et les aménagements de l'habitat, sont davantage déterminés par les stratégies personnelles (et l'organisation familiale) que par le degré du handicap de la personne. Elles ont étudié 415 dossiers établis en 1997 par le PACT-

ARIM dans un arrondissement du Finistère et fait une observation ethnographique et une analyse des propos des personnes âgées, de leur entourage et des professionnelles intervenant régulièrement. Elles constatent que les aménagements ne concernent pas de la même façon les différentes pièces du domicile : les salles de bain font



souvent l'objet de propositions d'installation d'un siège d'assise dans une baignoire ou en la remplaçant par une douche, de robinetterie adaptée aux handicaps... En revanche, les cuisines et les chambres ne font pas l'objet de propositions techniques de professionnels de l'habitat. Si les rampes, les barres d'appui et les sièges d'escalier sont en général investis par les familles, les « objets » qui sont « associés à l'image du handicap » ne sont pas retenus ou vite abandonnés : par exemple les déambulateurs, les lits médicalisés. Les objets ordinaires sont préférés. Ils sont parfois bricolés, réinventés : ainsi, une chaise ordinaire munie de roulettes, canne télescopique pour manipuler des objets, systèmes de fixation pour des crayons sur une table...

Elles montrent que les objets (ou leur refus) peuvent être mis en scène pour maintenir les distances avec les autres et préserver son autonomie, tout autant que pour solliciter davantage la présence des proches et des professionnels : par exemple le refus de la téléalarme ou du levage automatique du lit conduit à solliciter l'aide de l'entourage.

Adoptés, écartés ou réinventés, ces aménagements sont autant de manières de faire entendre les sentiments des personnes, de pouvoir ou de « déprise » sur le cours de leur vie.

« Globalement, les objets et les lieux sont intégrés et valorisés s'ils parviennent à une double fonctionnalité : soutenir le projet de la personne en difficulté et maintenir les relations conjugales, filiales et amicales ancrées dans la durée et la mémoire. »

Exemples d'actions possibles :

- Les professionnels telles que les aides à domicile et les ergothérapeutes (voir encadré), ont un rôle primordial dans la démarche d'amélioration de l'habitat. Ils contribuent beaucoup à l'appropriation par les personnes (et leur famille), des nouveaux équipements et espaces. Ils peuvent les aider à y réfléchir (si le handicap est accepté), les informer sur les possibilités techniques, les aider dans leur choix et leurs priorités selon l'évolution des handicaps et des projets de la personne. Ensuite ils peuvent valider ces changements et les tester avec elles.

- La démarche de réaliser un cahier des charges (habituelle dans d'autres secteurs professionnels) pourrait être appliquée dans ce domaine.

« Adapter l'habitat au vieillissement ce n'est pas seulement changer la baignoire pour une douche, c'est surtout prendre en compte les effets du vieillissement dès la conception du logement... » (Jean Giard, journée Unassad sur l'habitat).

- S'il est vrai qu'il y a quelques évolutions (esthétique, forme...), des équipements tels que le lit médicalisé, le déambulateur, les fauteuils... sont conçus en direction du secteur hospitalier, mais pas pour des usagers à leur domicile. Des concours de design, d'architecture (incluant l'ergonomie) pourraient être organisés pour innover.

39 Voir « Pour en savoir plus ».



QUELS SONT LES ACTEURS INSTITUTIONNELS DE L'ADAPTATION DE L'HABITAT ?

► La **CNAV** aide à financer en priorité, des équipements tels que barres d'appui, remplacement d'une baignoire par une douche... ; des travaux d'entretien du logement : chauffage, sanitaires, isolation... Si la personne est propriétaire, la conservation du gros œuvre et la mise en conformité (toiture, électricité...) ... Des aides existent aussi pour des travaux de petits dépannages (en électricité, plomberie...), d'entretien (lessivage des murs, sols...), de déplacement de meubles lourds...

► Les **CLIC**

Le dispositif des CLIC doit permettre d'organiser la réponse aux demandes des usagers en coordonnant la mise en place des prestations d'habitat et d'autres services (aide à domicile, repas, transport...). Le CLIC a une mission de relais et d'appui technique pour les professionnels et d'instruction des dossiers.

Un exemple :

Monsieur M fait une chute. Après deux ans d'hospitalisation et de rééducation, sa sortie est envisagée. L'ergothérapeute du centre de rééducation se déplace à son domicile, évalue, établit un cahier des charges qui fixe les préconisations nécessaires au retour au domicile. Ce cahier des charges est transmis au PACT qui évalue le coût des travaux. Peu de subventions sont mobilisables. Un représentant du CLIC visite le domicile. Un financement est décidé. Parallèlement Monsieur M est informé sur les associations d'aide à domicile. A la sortie de Monsieur M, une infirmière et une aide à domicile pourront intervenir chez lui.

► Les **PACT ARIM** (Protection, amélioration, transformation de l'habitat (association de restauration immobilière) : réseau de 2.600 professionnels et 2.600 bénévoles, dans chaque département, mettent en place des actions contractualisées avec les collectivités locales et l'Etat. Ils réalisent plus de 40.000 interventions concernant l'habitat des personnes âgées et handicapées.

Exemple d'un PACT ARIM (en Ile de France) : trois architectes font de l'assistance à maîtrise d'ouvrage aux personnes âgées et handicapées. Elles se déplacent aux domiciles. Elles obtiennent des financements auprès de divers organismes (caisses de retraite, ANAH (Agence nationale d'amélioration de l'habitat)...) suivant les revenus des personnes. Elles donnent des conseils techniques d'adaptation de l'habitat, sur les devis proposées par des entreprises et font le suivi technique.

Cf. aussi :

- Convention de partenariat entre la Fédération nationale PACT-ARIM et la Fédération hospitalière de France en mars 2003, pour promouvoir des actions de retour d'hospitalisation à domicile des personnes âgées.

- Formation par des PACT-ARIM des artisans d'entreprises du bâtiment sur les questions d'adaptation et travail avec des ergothérapeutes.

► Le **Ministère de la Santé, de l'Équipement et Logement** a initié en 1989 une programmation innovante de nouvelles formes d'habitat : 27 sites avec maître d'ouvrage et architecte, en relation avec le Centre Scientifique et Technique du Bâtiment.



Quelques « exemples d'actions » dans plusieurs régions

- Un concept de « bourses aux logements adaptés » a été expérimenté dans la Drôme avec plusieurs bailleurs HLM qui ont accepté de recenser leur offre, de communiquer les adaptations faites aux associations locales de personnes âgées et handicapées.
- Le Conseil Général en Côte d'Or s'est engagé dans une politique d'adaptation du logement des personnes âgées en septembre 2001, en élaborant notamment un cahier des charges qui définit l'organisation du dispositif, un barème commun pour les travaux, une nomenclature des aides techniques.

Des caractéristiques du dispositif :

- guichet unique de traitement des dossiers dans le but de simplifier les démarches et de réduire les délais (plus de 480 demandes en un an),
 - évaluation au domicile par une équipe médico-sociale qui intègre dans le plan d'aide l'adaptation de l'habitat (avec l'avis d'une ergothérapeute),
 - harmonisation des différents financements, le Conseil général jouant le rôle de « variable d'ajustement ».
- Nouvelles technologies à la Mairie de Grenoble (Cf. Jean Giard, journée Unassad sur l'habitat).



L'HISTOIRE D'UNE INTERVENTION D'ERGOTHÉRAPEUTE AU DOMICILE⁴⁰

Mme A a 80 ans et vit seule dans un deux pièces à Paris ; elle bénéficie d'un plan d'aide comprenant le passage du service de soins (matin et soir) et d'une aide à domicile (1h15 le midi et 1h le soir), sept jours sur sept, ainsi que le portage des repas. Elle est tombée à plusieurs reprises, la dernière fois assez gravement pour être hospitalisée, et son entourage, comme elle-même, sont marqués par la crainte d'une nouvelle chute. Afin de ne prendre aucun risque, elle ne sort presque plus de son lit.

Lors d'une réunion mensuelle de l'association, Sonia, aide à domicile qui intervient auprès de Mme A depuis plus d'un an, fait part de ses difficultés pour l'aider dans ses mouvements et de son inquiétude devant la dégradation de son état depuis son retour de l'hôpital. Sa perte de mobilité engendre de fait un repli sur soi : toutes les activités de la vie quotidienne se déroulent maintenant au lit (toilette, repas, télévision...), elle porte des protections et ne se déplace plus pour aller aux toilettes, elle ne sort plus qu'en cas d'absolue nécessité (examens médicaux, en ambulance) et ne va donc plus en fauteuil roulant au jardin public pourtant accessible et tout proche... Elise, l'ergothérapeute⁴¹ dont la fonction vient d'être créée dans le service d'aide à domicile de l'association (qui comprend également un service de soins) propose à Sonia de venir au domicile de Mme A en sa présence, afin d'envisager ensemble une évolution possible de la situation.

Lors de sa première visite, Elise repère différentes aides techniques (cannes, déambulateur, fauteuil roulant, aide au bain, chaise percée, lit médicalisé...) en plus ou moins bon état d'utilisation. Elle essaie par un échange avec Mme A d'évaluer son désir de

retrouver une autonomie et de prendre soin d'elle. Les désirs de Mme A, au vu des réponses et réactions, semblent « bien éteints ». L'ergothérapeute écoute Sonia afin de mieux comprendre ses difficultés, distillant par la même occasion conseils, démonstrations et proposition d'intervention. Mme A devant être emmenée en ambulance à un rendez-vous médical, Elise va transformer cette opportunité en séance de formation pratique pour Sonia, (mais aussi pour Mme A) : Comment aider à l'habillage ? Comment transférer du lit au fauteuil ?... ceci en toute sécurité pour soi et la personne aidée. Elle montre, explique, fait faire, aide à faire, sécurise, évalue les risques, précise les limites.

Tout au long de cette visite qui durera 1h 15, Elise se fait une représentation de la situation de Mme A : son état physique et psychique, les différents intervenants, les moyens à disposition... Plusieurs objectifs lui apparaissent : qu'elle sorte du lit, reprenne soin d'elle et réactive les contacts avec l'extérieur. Sa priorité porte dans un premier temps sur son travail auprès de Mme A et de Sonia pour les sécuriser et leur permettre de ré-envisager sans angoisse une vie hors du lit.

Un « plan d'action » est alors mis en œuvre : Elise prend contact avec la coordinatrice du service de soins pour réajuster l'intervention de l'aide-soignante : passage suffisamment tôt, habillage et mise au fauteuil de Mme A pour permettre à l'aide à domicile de l'emmener certains jours en sortie ; réutilisation de la chaise percée, ce qui demande une réorganisation de l'activité de l'aide-soignante, car il est plus rapide de changer une protection et



son temps d'intervention, lui, ne change pas.

Elle téléphone au fils de Mme A. Elise lui précise qu'une nouvelle organisation va permettre des sorties deux fois par semaine. Elle se renseigne sur l'état de santé de Mme A, en particulier concernant ses possibilités de mobilisation. Elle lui demande s'il serait possible d'installer une table dans la salle à séjour pour que sa mère puisse y manger (l'ancienne table a été installée dans la chambre pour y poser la télévision) et de lui procurer des vêtements, plus pratiques (boutonnage devant...). Elle lui propose également une rencontre chez sa mère pour lui apprendre à l'aider.

La seconde visite à domicile d'Elise se déroule avec l'ergothérapeute du service de soins, une semaine après, au moment de l'intervention de Sonia. Elles abordent avec Mme A la possibilité de se procurer un fauteuil coquille de manière à ce qu'elle puisse passer plus de temps en position assise, lui demandent si elle a recours à un kiné et l'avisent de l'échange qu'Elise a eu avec son fils. Elles lui proposent de déjeuner à la table de la cuisine et de procéder à un léger réaménagement de la chambre en repoussant le lit vers la fenêtre afin de dégager un peu d'espace pour faciliter le transfert lit-fauteuil et l'utilisation du fauteuil roulant. Ce qui fut dit fut fait, sans enthousiasme excessif de la part de Mme A. Elise, qui a ramené son matériel de réparation, a remonté les cale-pieds du fauteuil roulant - ils étaient à l'envers - et regonflé les roues.

Mais quelques jours après, Sonia retrouve la chambre de Mme A dans son état antérieur. Elise pense que la famille est prise entre le désir qu'elle récupère et la crainte qu'elle bouge et tombe à

nouveau. Elle décide de laisser les choses en l'état et d'attendre que la famille se manifeste. Elle contacte cependant la kiné, et elles décident de travailler ensemble au « retour à la marche » de Mme A avec le déambulateur. Elle organise également la première sortie en fauteuil roulant.

Six semaines et quelques visites d'Elise plus tard, les progrès de Mme A sont flagrants bien qu'elle semble toujours très sollicitée par sa famille pour ne pas prendre de risques et rester au lit. Elle va aux toilettes, sort seule du lit, prend des douches. Lorsqu'elle est seule, elle est encore confinée au lit ou assise au fauteuil mais remarche avec le déambulateur quand il y a quelqu'un. Elle sort une fois par semaine en fauteuil roulant.

L'aide à domicile semble plus à l'aise dans les manutentions. Les améliorations constatées chez Mme A sont pour elle un soulagement. Elise projette maintenant de demander au fils de Mme A la pose d'une barre d'appui dans la salle de bains. Elle va continuer à y aller pour conforter les acquis et poursuivre la stimulation de Mme A.

Si l'ergothérapeute considère qu'elle a pu ici mener à bien son travail en contribuant à améliorer les conditions de vie de la personne aidée et les conditions de travail de l'aide à domicile, c'est loin d'être toujours le cas. Et de citer divers exemples où, malgré un travail patient de mise en lien des différents intervenants, des blocages persistent et les propositions ne peuvent prendre forme. Mais peut-être des jalons ont-ils malgré tout été posés pour les rendre pensables et envisageables ultérieurement ?

⁴⁰ Ces informations sont tirées d'un suivi d'une ergothérapeute dans un domicile sur une période de 3 mois (avec plusieurs interventions).

⁴¹ L'ergothérapeute est un paramédical qui accompagne les personnes qui souffrent de dépendance en vue de leur permettre de recouvrer ou de conserver leurs capacités, en tenant compte des contraintes de l'environnement...

Elle travaille avec les autres intervenants à domicile. Elle est aussi l'intermédiaire avec les fournisseurs d'aides techniques, parfois avec des professionnels du bâti (architectes, artisans...).

POUR EN SAVOIR PLUS

(ouvrage collectif) Les aides à domicile écrivent leur métier. Témoignages des aides à domicile de SEMAD d'Annonay, 2002, Edition Jean-Pierre Huguet.

BARDIT, F. et al., Le travail d'aide aux personnes âgées – Conditions de travail et santé perçue chez les aides-soignants, agents de service, aides ménagères des maisons de retraite et des structures d'aide à domicile, Groupe Epidémiologie du département ASMT du CISME.. Document n°17/1999.

BLEAU, J., Dossier Entretien ménager à domicile. Objectif Prévention vol 28, n°3. ASSTSAS, Québec, 2003.

BRESSE Sophie, DREES, L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées, dans Retraite et société, N° 39, « nouvelles données sur le grand âge, autonomie et dépendance », 2003, Doc Française (voir le site www.sante.gouv.fr, rubrique « recherches, études et statistiques »).

BUREL A., GONZALES F., BARON R., DEWITTE J.D. Une profession méconnue ; aide ménagère. Archives de Maladies Professionnelles, volume 61, n°6, Octobre 2000, Masson.

CLEIRPPA, Cahier N°12, octobre 2003 « Habitat et identité sociale ».

CLOUTIER, E., DAVID, H., PREVOST, J., TEIGER, C., Santé, sécurité et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile. Quebec ; IRSST. Rapport R-202, Octobre 1998.

COLVEZ A, Rapport du Comité Scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie, janvier 2003, INSERM.

DARD P., Quel habitat pour les seniors ? Tandem, n°9 – Janvier 2004.

DRTE PACA ACTMED et coll, Les aides à domicile, La prévention en action, région PACA (Provence Côte d'azur), 2004.

Fédération nationale des centres PACT ARIM et Fédération hospitalière de France, Démarches d'intervention pour un habitat adapté après une hospitalisation pour des personnes handicapées ou âgées, mars 2003 (site internet : www.pact-arim.org)

FRONTINI J.M, MODESTINE G, TEIGER C., Changer le regard sur les gestes et postures de travail pour mieux prévenir les risques : préventeurs et ergonomes, même enjeu ? dans Actes du 31^e congrès SELF, vol 1, Bruxelles, 1996 SISH-ULB pp 282-289.

GIARD Jean, les nouvelles technologies et le maintien à domicile des personnes âgées... , « Du domicile ... à l'habitat », journée organisée par l'UNASSAD le 16 nov 2004, Actes téléchargeables sur le site internet www.unassad.net

INRS

- Evaluation des risques, Aide à domicile, DMT à paraître
- Risque chimique pendant les travaux de nettoyage, ED 59
- DVD (prévu en novembre 2005)
- « Travailler auprès des personnes âgées », 2003
- DVD prévu en 2005 sur les conditions de travail et de sécurité des aides à domicile
- Formation « manutention et travail auprès des personnes âgées... ».

JASLIN J.P. Etudes sociologiques sur le secteur de l'aide à domicile, SOCIAL et MANAGEMENT, 2004

LE BORGNE-UGUEN Françoise et PENNEC Simone, L'adaptation de l'habitat chez des personnes de plus de 60 ans souffrant de maladies et/ou de handicaps et vivant à domicile » dans les cahiers de recherches de la MIRE N°10/11, janv 2001, rapport disponible à la MIRE.

LEDUC F et coll., Guide de l'aide à domicile Editions Dunod, 2001.

LEGRAND M, VERGER C, Ménageons les aides-ménagères, Arch Mal. Prof 2002, 61 (6), 478-479.

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Contrat d'études prospectives (CEP), L'aide à domicile et les employés de maison, La Documentation française, 1999.

PEIGNY R. et De RIDDER J. Les carnets d'Irène, paroles d'aides familiales, 2004, Editions Luc PIRE (Belgique).

PERBEN M., L'APA au 31 mars 2005, DREES, Etudes et résultats, juillet 2005, N°415.

PUYO Jean-Paul, Adapter le domicile d'une personne âgée dépendante... L'ergonomie est-elle concernée ? dans Performances humaines et techniques N°77 juillet-août 1995.

SARAZIN B. Aide à domicile, un secteur en effervescence in Travail et Changement, oct 2002, n°281 : 16-17.

VILLATTE, R. L'importance des échanges verbaux dans la relation soigné/soignant ; conséquences sur le risque manutention des malades. Hambourg : Communication au 2^{ème} colloque international « Pathologies Lombaires dans les professions de soins », 10-11 septembre 1998.

YAHIAOUI, F., NICOT, A-M., Freins à l'embauche et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile. Etude ANACT pour la DGAS, Novembre 2002, document téléchargeable sur le site internet www.anact.fr

site internet www.agevillage.com

ANNEXE

Référentiel professionnel des auxiliaires de vie sociale (référentiel d'activités)
(annexe 1 de l'arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale).

Fonctions clés d'aide aux personnes	Activités
Accompagnement et aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Stimule les activités intellectuelles, sensorielles et motrices par les activités de vie quotidienne ▶ Aide à la mobilisation, aux déplacements et à l'installation de la personne ▶ Aide à l'habillage et au déshabillage ▶ Aide seule à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de vie quotidienne et n'a pas fait l'objet de prescription médicale ▶ Aide une personne dépendante (par exemple confinée dans un lit ou dans un fauteuil) à la toilette, en complément de l'infirmier ou de l'aide-soignant, selon l'évaluation de la situation par un infirmier, le plus souvent à un moment différent de la journée ▶ Aide, lorsque ces actes peuvent être assimilés à des actes de la vie quotidienne et non à des actes de soins : <ul style="list-style-type: none"> - à l'alimentation - à la prise de médicaments lorsque cette prise est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable d'accomplir seule et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières ni ne nécessite un apprentissage - aux fonctions d'élimination.
Accompagnement et aide aux personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aide à la réalisation ou réalise des achats alimentaires ▶ Participe à l'élaboration des menus, aide à la réalisation ou réalise des repas équilibrés ou conformes aux éventuels régimes prescrits ▶ Aide à la réalisation ou réalise l'entretien courant du linge et des vêtements, du logement ▶ Aide à la réalisation ou réalise le nettoyage des surfaces et matériels ▶ Aide ou effectue l'aménagement de l'espace dans un but de confort et sécurité
Accompagnement et aide aux personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Participe au développement et/ou au rétablissement et/ou au maintien de l'équilibre psychologique ▶ Stimule les relations sociales ▶ Accompagne dans les activités de loisirs et de la vie sociale ▶ Aide à la gestion des documents familiaux et aux démarches administratives
Diagnostic de la situation et adaptation de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Observe et participe à l'analyse de la situation sur le terrain ▶ Fait preuve en permanence de vigilance et signale à l'encadrant et aux personnels soignants, tout état inhabituel de la personne aidée ▶ Organise et ajuste son intervention, en collaboration avec la personne aidée et l'encadrant, en fonction du plan d'aide initialement déterminé, des souhaits de la personne aidée et des évolutions constatées au quotidien
Communication et liaison	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ecoute, dialogue, négocie avec la personne en situation de besoin d'aide et les aidants naturels ▶ Sécurise la personne en situation de besoins d'aide ▶ Travaille en équipe ▶ Rend compte de son intervention auprès des responsables du service, fait preuve de ses observations, questions et difficultés avec la personne aidée ▶ Repère ses limites de compétences et identifiez les autres partenaires intervenants à domicile à solliciter ▶ Intervient en coordination avec les autres intervenants au domicile

COLLECTION DES NOTES SCIENTIFIQUES & TECHNIQUES

Les notes scientifiques et techniques présentent des travaux de synthèse élaborés par des experts en hygiène et sécurité du travail, en particulier de l'INRS : résultats d'études, comptes rendus de séminaires et de colloques, etc.

Sur la base de ces documents peuvent être réalisées des publications plus concises dans des revues scientifiques et/ou de prévention.



Institut national de recherche et de sécurité
pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
Siège social : 30, rue Olivier-Noyer 75680 Paris cedex 14 • Tél. 01 40 44 30 00
Fax 01 40 44 30 99 • Internet : www.inrs.fr • e-mail : info@inrs.fr
Centre de Lorraine : avenue de Bourgogne BP 27 54501 Vandœuvre cedex
Tél. 03 83 50 20 00 • Fax 03 83 50 20 97