



domicile

à domicile

la ville à domicile

CITY AT HOME

[Cahier numéro 2]

novembre 2012

Enquête qualitative ASSAD Besançon – Pontarlier

FRÉDÉRIC DE CONINCK ET CAROLINE GUILLOT

Introduction

I LE CONTEXTE GLOBAL DE L'AIDE À DOMICILE

I-A L'aide à domicile
au cœur de plusieurs
tensions

I-B Le principal enjeu,
aujourd'hui :
la professionnalisation

Principales caractéristiques
du secteur des aides à
domicile
Besoin accru de
professionnalisation
Renforcer la légitimité
professionnelle

II L'ENQUÊTE AUPRÈS DE L'ASSAD BESANÇON – PONTARLIER

II-A Les démarches
entreprises
par l'association
et les chantiers en cours

Un contexte de dialogue
social ouvert...
... Mais des difficultés
persistantes
Des secteurs d'intervention
diversifiés
Les déplacements : objet
de départ de la présente
étude

II-B Une professionnalité
à l'épreuve du domicile

Entre accompagnement et
« bonne distance »
Construction individuelle
et collective de la
définition
Définition à construire en
permanence

II-C Le temps des aides
à domicile : la « pression
temporelle »

La journée d'une aide à
domicile
La pression temporelle au
domicile
La pression temporelle sur
la route et ses ressorts

II-D Ce qui se passe
pendant la mobilité des
aides à domicile : un travail
en temps masqué

III LES PISTES D'ACTION PROPOSÉES À L'ASSAD SUITE À L'ENQUÊTE

L'Institut pour la Ville en Mouvement (IVM) s'intéresse, depuis plusieurs années, aux travailleurs mobiles au vécu et aux contraintes de leur mobilité. Après un séminaire sur: «Les métiers du mouvement, et l'économie de la ville», il a conduit un programme de recherche sur: «La ville à domicile. Mobilité et Services». Ce cahier rend compte d'une étude sur le cas particulier des aides à domicile.

La «ville à domicile» recouvre une grande variété de services: ceux délivrés au domicile (livraison par les prestataires d'un achat effectué en ligne, prestation d'une aide à l'entretien de la maison, etc.), ceux accessibles depuis le domicile (télévision, Internet, télé-médecine, etc.) ou encore les services d'aide à la mobilité (comme l'accompagnement de personnes dans leur déplacement pour réaliser des actes de la vie courante). Un programme de recherche initié par l'IVM en 2010, a porté l'attention sur la situation particulière des services délivrés au domicile, soit la première catégorie. Ces services représentent une situation de travail particulière aussi bien pour celui qui les délivre que pour celui qui en bénéficie

(il n'est pas évident d'ouvrir son domicile à un inconnu!), mais, assurément, une situation qui se présentera de plus en plus souvent.

Un premier Cahier a dressé un état des lieux de ces services, émergents ou non, en examinant les nouveaux rapports au domicile qu'ils impliquent et les pistes possibles permettant de lever les freins à leur essor.

Depuis, l'IVM, en association avec le Laboratoire Ville, Mobilité, Transport (LVMT) de l'Université Paris-Est, a poursuivi ses investigations en s'intéressant à la gestion de la mobilité par les salariés et par leur employeur. A cette fin, des contacts ont été pris avec l'Association de Services et de Soins à Domicile (ASSAD) de Besançon – Pontarlier qui réfléchissait elle aussi à la manière d'améliorer les phases de mobilité de ses salariés au cours de leur journée de travail.

En juillet 2010, des rencontres entre l'IVM, le

LVMT et des cadres de l'ASSAD Besançon - Pontarlier ont permis de définir un projet commun d'enquête auprès des intervenants à domicile, sur les défis et les difficultés qu'ils rencontrent, afin de déboucher sur des pistes d'amélioration dans la gestion de leur mobilité.

Ce second Cahier rend compte des résultats de cette étude qualitative qui tranche avec les approches antérieures. Jusqu'ici, en effet, les études menées sur ce type de service s'étaient principalement intéressées au service à domicile lui-même ou à la relation salariale entre l'employé et son employeur, et beaucoup moins à la gestion de la mobilité elle-même.

L'objectif a, ici, essentiellement consisté à explorer la manière dont les aides à domicile qui interviennent auprès de personnes âgées et handicapées vivent et se représentent leur mobilité.

Le contexte global de l'aide à domicile

Plusieurs facteurs favorisent l'essor de l'aide à domicile.

Mais ce secteur doit faire face à plusieurs défis et enjeux.

A L'AIDE À DOMICILE AU CŒUR DE PLUSIEURS TENSIONS

Parmi les défis: un « effet ciseau » entre l'exigence de qualité, d'une part, et la nécessaire maîtrise des coûts, d'autre part.

Le premier Cahier de la présente série mettait en évidence les tendances contradictoires qui marquent, aujourd'hui, l'évolution de l'aide à domicile. Pour mémoire, plusieurs facteurs poussent au développement de tels services :

■ Le nombre de personnes âgées augmente et continuera à augmenter dans les années qui viennent. Et même si l'âge moyen à partir duquel les personnes deviennent dépendantes progresse à peu près au même rythme que l'espérance de vie, il faut prendre en considération le fait que les générations à venir de personnes âgées seront des générations bien plus nombreuses que leurs devancières (nés en 1942, les plus âgés des baby-boomers ont déjà 70 ans).

■ Dans le même temps, la prise en charge de la dépendance a considérablement évolué : elle s'effectue, désormais, massivement au domicile des personnes concernées et ce n'est que face à la grande dépendance que l'on envisage une prise en charge en établissement.

■ Les rapports entre générations sont distendus et parfois marqués par un important éloignement géographique, de sorte que les solidarités familiales directes sont plus difficiles à exercer.

■ Les ménages d'actifs ont un usage du temps de plus en plus intensif (dans leur travail, autant qu'en dehors du travail). Résultat : ils sont davantage demandeurs de services pour eux-mêmes ainsi que pour leurs proches.

Les chiffres dont on dispose attestent d'un développement des services à domicile plus ou moins marqué suivant les secteurs, mais toujours avéré :

■ Fin 2002, 300 000 personnes bénéficiaient, pour une prise en charge à domicile, de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA), mise en place au début de cette même année, en remplacement de dispositifs antérieurs. Huit ans plus tard, le nombre de bénéficiaires était passé à 730 000.

■ L'hospitalisation à domicile croît, dans le même temps, très fortement ((le nombre de journées facturées augmente d'environ 20 % par an, ces dernières années), même s'il s'agit encore d'un système marginal par comparaison avec l'hospitalisation classique.

■ Les livraisons à domicile (tous ménages confondus) augmentent également, même si c'est à un rythme moins rapide que les phénomènes précédents ((le nombre de colis livrés chez des particuliers augmente d'environ 2 % par an).

Pour autant, l'aide à domicile n'apparaît pas comme une panacée. Elle représente un service onéreux, qui s'adresse à une population dont une minorité, seulement, est solvable. En consé-

quence, sa mise en œuvre pèse sur les budgets publics, dans un contexte où ils sont, par ailleurs, tendus.

Cette tension financière a des conséquences sur la structuration du secteur dans son ensemble. Dans une organisation du travail où les coûts sont massivement liés à la main-d'œuvre directe, toute économie se répercute sur le niveau de salaire, sur les temps d'intervention et sur les conditions de travail. La professionnalisation de ce type de travail (abordée dans la partie suivante) se heurte régulièrement à l'injonction, de la part des financeurs publics, de limiter les coûts afin d'économiser les ressources budgétaires.

Les particuliers employeurs gèrent cette question des coûts directement avec les personnes qu'ils emploient. Mais cela concerne, massivement, les prises en charge les plus simples. Dès lors que celles-ci se complexifient, l'encadrement par une structure prestataire devient le cas le plus fréquent. Et ces structures (associatives, dans la majorité des cas) se retrouvent face à un redoutable effet de ciseau : garantir une prestation de qualité et adaptée au cas par cas, tout en maîtrisant les coûts d'intervention.

Cet effet de ciseau est d'autant plus pesant que les associations visent la qualité de la prise en charge en plus de l'équilibre de leurs comptes. C'est leur raison d'être même qui se trouve en jeu dans la mesure où « *les associations ont historiquement mis en place un service social, répondant à des besoins d'usagers, et non un service commercial, répondant à des demandes de clients* » ainsi que l'écrivent Jany-Catrice, Puissant et Ribault (2009). Si la sémantique fluctue parfois, entre usager et client, la visée sociale du projet d'association demeure, quoi qu'il en soit.

Après le premier Cahier qui traçait un bilan global de l'ensemble des interventions à domicile, il nous a donc paru opportun de rendre compte de la manière concrète dont l'effet de ciseau que nous venons de soulever était vécu sur le terrain et sur les voies mises en œuvre pour essayer d'aménager des solutions admissibles par toutes les parties prenantes.

IB

LE PRINCIPAL ENJEU, AUJOURD'HUI : LA PROFESSIONNALISATION

Les aides à domicile souffrent d'une insuffisante reconnaissance professionnelle, malgré les compétences requises par leur activité. Mais on assiste à une prise de conscience de leur nécessaire professionnalisation.

Principales caractéristiques du secteur des aides à domicile

De très nombreuses recherches traitent des caractéristiques dominantes du secteur des aides à domicile. En 2008, une enquête de la Drees (2010), réalisée auprès des intervenants au domicile de personnes nécessitant de l'aide dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne, montre que ce secteur est tout d'abord très féminisé : en 2008, la quasi-totalité (98% !) des intervenants au domicile des personnes aidées sont des femmes. L'âge moyen est de 45 ans environ (soit 5 ans de plus que la moyenne de la population active), et la moitié des intervenantes ont entre 39 et 52 ans. Ce dernier point témoigne d'une double réalité : il s'agit souvent d'un emploi de reprise après la naissance des enfants que tout le monde ne parvient pas à assurer jusqu'à l'âge de la retraite tant il est exigeant physiquement.

D'après Avril (2006a), ce secteur est également caractérisé par un faible niveau de qualification scolaire : 57% des intervenantes n'ont aucun diplôme ou juste le certificat d'études primaires

(CEP), et moins d'un tiers a un CAP ou un BEP. De la qualification scolaire à un travail réputé qualifié ou non, le pas est vite franchi et c'est l'une des ambiguïtés de ce type d'emploi. Parmi les aides à domicile (cf. l'accord de branche du 29 mars 2002 sur les catégories et les rémunérations), on retrouve :

- les «agents à domicile», dont l'embauche ne nécessite, officiellement, aucune qualification ni formation ;
- les «employés à domicile» qui détiennent une qualification scolaire (BEP, titre professionnel «assistant de vie» de l'AFPA), ou en cours de validation des acquis de l'expérience pour obtenir le DEAVS (Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) ;
- les «auxiliaires de vie sociale» qui sont titulaires du DEAVS ;
- et, enfin, l'aide à domicile aux familles qui comprend les techniciens d'intervention sociale et familiale, titulaires du diplôme d'État du même nom.

D'après une autre enquête, de Doniol-Shaw, Lada et Dussuet (2007), le secteur compte une part importante d'emplois directs par des particuliers, de CDD et de contrats aidés. En 2007, dans les services à la personne, 82% des salariés sont employés par un particulier et 18% par un organisme prestataire. Les intervenantes sont d'autant plus dépendantes des aléas biographiques des personnes aidées, ainsi que de leurs exigences (en termes d'horaires notamment) que l'utilisateur du service est l'employeur direct. De plus, selon cette même enquête, ce secteur se caractérise par de nombreux temps partiels (plus de trois quarts des intervenantes).

D'après la Drees (2010), les rémunérations sont également particulièrement basses : en moyenne 832 euros nets mensuels (840 euros pour le salaire médian, séparant les intervenantes en deux parts égales), 1 190 euros (1 200 euros pour le salaire médian) pour celles qui travaillent à temps plein, et 717 euros (contre 736 euros pour le salaire médian) pour celles qui travaillent à temps partiel.

Pour Jany-Catrice, Puissant et Ribault (2009), déjà cités, les caractéristiques de ce secteur (faible rémunération et faible part des diplômés, ainsi que le fait que les conventions collectives identifient peu d'autonomie, de responsabilités et d'initiative dans l'exercice du travail) reviennent, dans le registre statistique, à classer et à maintenir les intervenantes dans la catégorie des «non qualifiés». Cela a également pour conséquence de contribuer à un fort turn-over : pour un grand nombre des intervenantes, cela «reste un secteur de passage» (Doniol-Shaw, Lada et Dussuet, 2007).

L'ensemble de ces caractéristiques rend compte de la forte précarité qui touche ce secteur et les enquêtes montrent la tension qui existe aujourd'hui entre qualification sanctionnée par un diplôme et professionnalisation (Jany-Catrice, Puissant et Ribault, 2009).

Besoin accru de professionnalisation

aujourd'hui, la question de la professionnalisation de l'aide à domicile se pose. En témoigne le numéro 115 de *Formation Emploi*, de juillet-septembre 2011, exclusivement consacré à ce sujet. La professionnalisation désigne «tout à la fois l'évolution d'un métier vers plus de reconnaissance sociale avec les stratégies que cette valorisation statutaire suppose, l'accroissement des exigences sociétales vis-à-vis des travailleurs à qui sont confiées des responsabilités importantes et les modifications dans la manière dont ces travailleurs exercent effectivement leur métier au quotidien» (Beckers, 2007, p.11). Si cette professionnalisation est aujourd'hui un enjeu central, c'est parce qu'elle permettrait de répondre à deux éléments essentiels : attirer des candidats (car ce secteur souffre encore de difficultés à recruter, mais aussi du turnover), et assurer une prestation de qualité. Sur ce dernier point, ce n'est pas la maîtrise de gestes dont il est question, mais c'est, comme on le détaillera plus loin, la capacité à faire face à une situation et à un environnement social complexes, au domicile, loin du rôle convenu de «la femme de ménage», voire de «la domestique», pour contribuer à une prise en charge adaptée à la personne et à ses difficultés.

Pendant longtemps, en effet, les interventions auprès des personnes et à domicile ont été perçues comme le prolongement des activités domestiques, souvent considérées comme «ingrates», et réalisées «naturellement» dans la sphère privée (Outin, 2011). Les aides à domicile «portent les stigmates d'une division sexuelle des rôles d'une part et des tâches manuelles et intellectuelles d'autre part» (Bonnet, 2006, p.75). L'imaginaire domestique est ainsi très fortement attaché à la fonction d'aide à domicile, dans la mesure où une vision superficielle du travail réalisé le limite à des tâches manuelles d'entretien du domicile (Alvarez, 2010).

Or, l'intervention au domicile ne se réduit pas aux activités ménagères. En effet, les aides à domicile mènent de front deux activités (Leduc, Valléry,

2010) : un travail matériel (aide à l'hygiène, préparation du repas, accompagnement aux courses, etc.), ainsi qu'un travail relationnel (être à l'écoute, rompre l'isolement, etc.). Ce dernier permet de mener à bien les tâches matérielles, car les paroles favorisent la coopération et la confiance (Avril, 2006b). L'instauration d'une relation de confiance est l'une des principales activités pour répondre aux besoins de la personne aidée, tout en préservant son autonomie (Outin, 2011). Mais ce travail relationnel consiste également à refuser certaines demandes, à garder des distances suffisantes, à s'en tenir à un cahier des charges. Sur ce plan la professionnalisation et la reconnaissance sociale qui va avec tournent résolument le dos aux demandes exagérées qui manient les stéréotypes divers d'une main d'œuvre taillable et corvéable à merci.

Renforcer la légitimité professionnelle

L'un des enjeux pour les aides à domicile est donc celui de la professionnalisation. Pour ce faire, l'objectif est de renforcer la légitimité professionnelle (Houdeville et Riot, 2011), de faire connaître et reconnaître le métier et les compétences des aides à domicile. La professionnalité

des aides à domicile s'opère d'abord à l'échelle institutionnelle, par l'obtention de certificats de qualification, par les diplômes, ainsi que les validations d'acquis. Cela permettra de participer à la reconnaissance nécessaire des intervenantes en poste. La valorisation de cette profession par le diplôme permettra également d'attirer de nouveaux candidats.

La professionnalité passe également par le travail sur le terrain, l'apprentissage sur le tas. Les aides à domicile renforcent leur légitimité non seulement en devenant des virtuoses de la gestion du travail matériel, mais surtout, en devenant «un étranger-familier» (Belton, De Coninck, 2011). Elles développent en effet une éthique professionnelle et des attitudes leur permettant d'être suffisamment familières pour pouvoir entrer au domicile, mais également étrangères pour ne pas paraître trop intrusives et pour garder «la bonne distance» (éviter un engagement affectif trop fort dans la gestion des relations).

L'enquête auprès de l'ASSAD Besançon – Pontarlier

L'ASSAD gère différents services (aide à la vie quotidienne, soins, portage de repas, accueil de jour, prévention, etc.). La présente étude zoome sur le service d'aide à domicile en s'intéressant aussi bien à la relation de l'intervenant à l'utilisateur qu'à la manière dont il se déplace jusqu'à lui.

A LES DÉMARCHES ENTREPRISES PAR L'ASSOCIATION ET LES CHANTIERS EN COURS

Malgré d'importants efforts consentis par l'ASSAD pour améliorer les conditions de travail de son personnel, le secteur est encore sujet à un important turnover. La principale cause: les problèmes inhérents à la mobilité.

L'ASSAD EN DATES ET EN CHIFFRES

Les 5 lettres de l'ASSAD signifient **Accompagnement, Soins, Services à Domicile**. Créée en 1943, cette association était à l'origine destinée à aider les mères de familles. Après de nombreuses évolutions (fusions, diversifications des services, etc.), elle intervient aujourd'hui auprès de toutes les catégories de population. Cependant, les personnes âgées représentent la très grande majorité de ses usagers. Elle comptait 760 salariés en 2011 : environ 80 administratifs (en charge de la gestion des Ressources Humaines, des finances et du développement de projets) et 680 salariés (550 en équivalent temps plein) en charge de l'aide à domicile (une soixantaine d'aides-soignantes, près de 600 « aides ménagères », une vingtaine de porteurs de repas, quelques salariés pour les menus travaux - jardinage, bricolage...). Son budget s'élève à près de 17 millions d'euros. En 2013, l'ASSAD doit fusionner avec la FASSAD, une autre association d'aide à domicile qui couvre l'ensemble du territoire de la Haute-Saône.

Un contexte de dialogue social ouvert...

Un important effort a été fait pour avoir des temps de travail proches du temps plein. Les interventions les plus lourdes, qui concernent les personnes les plus dépendantes, restent concentrées en début et en fin de journée. Mais le nombre global d'interventions a permis de lutter contre le morcellement des journées qui est une des grandes difficultés du secteur. Le ratio entre salariés à temps plein et Equivalents Temps Plein (ETP) est ici de 80 %, ce qui se confirme sur le terrain, par le fait qu'un grand nombre d'intervenantes ont des contrats de travail à 70 ou à 80 %. A titre de comparaison, la moyenne du secteur associatif, telle que rapportée par l'UNIOPSS, est de 50 %.

Le dialogue social assez actif, comme nous avons pu effectivement l'observer, a, de fait conduit à mettre en place une série de démarches pour limiter les aspects négatifs de ce travail. Une sectorisation géographique a été mise en place afin, d'une part, de limiter la longueur des déplacements et, d'autre part, d'avoir un collectif de travail assez resserré, autour d'un responsable de secteur proche de l'équipe intervenant sur le terrain.

Les frais de déplacement incluent les départs du domicile et les retours au domicile, avec une franchise de 3 km. Entre deux interventions, naturellement, tous les kilomètres sont pris en compte. En terme de temps de travail, seuls les déplacements entre deux interventions sont pris en compte, mais ils le sont sur la base du temps réel déclaré (et non pas sur la base d'un temps théorique estimé a priori). Des formations pour lutter contre les risques professionnels ont été mises en place : gestes et postures, formation à la conduite sur route glissante, etc.

... Mais des difficultés persistantes

Tout cela n'empêche pas la persistance de difficultés de gestion du personnel. Les caractéristiques du secteur : turnover, arrêts fréquents de travail, nombreuses déclarations d'incapacité professionnelle, restent présentes. Le recrutement est difficile : que cela soit lié au niveau de salaire comparé à d'autres secteurs, à la compétence minimum requise, ou encore à l'obligation de posséder le permis de conduire et un véhicule sur les zones non couvertes par un système de transport en commun.

Des secteurs d'intervention diversifiés

L'ASSAD Besançon-Pontarlier intervient uniquement dans le département du Doubs. Les secteurs d'intervention représentés ci-dessous, sur une carte du département simplifiée, met en évidence un territoire même plus restreint. Il existe une autre association de la même fédération autour de Montbéliard. Par ailleurs, les zones les plus rurales sont couvertes plutôt par l'ADMR, une association d'aide à domicile créée en 1945. (source : site Internet de l'ASSAD Besançon – Pontarlier, <http://www.assad25.fr>)

Les secteurs d'intervention de l'ASSAD Besançon - Pontarlier

Mais ce territoire qui semble assez restreint recèle déjà une importante diversité interne. Au centre de Besançon, les déplacements peuvent s'effectuer à pied. Dans les quartiers périphériques de la ville, les transports en commun sont utilisables, même s'ils ajoutent des contraintes pour les intervenantes. La circulation est moins importante à Pontarlier qu'à Besançon. Ensuite, dès que l'on sort des aires urbaines, on arrive très rapidement dans des secteurs vallonnés, voire de montagne, où la conduite, l'hiver, pose souvent problème. La variété des secteurs retentit également sur la variété du mode de sociabilité rencontré au domicile des personnes aidées.

Les salariées n'interviennent que dans un secteur (ceci afin de limiter leurs déplacements). L'ASSAD évite de les faire intervenir dans leur commune de résidence pour éviter les brouillages entre vie privée et vie professionnelle. En dehors de cette contrainte, elles interviennent le plus près possible de leur domicile.

Les déplacements : objet de départ de la présente étude

La question des déplacements, même si elle recouvre des réalités diverses suivant les secteurs, reste sensible : elle fait l'objet de nombreuses plaintes de la part des salariés.

Ces plaintes sont de plusieurs ordres. Les tarifs de remboursements kilométriques sont un sujet sensible, et spécialement dans des périodes où le prix du carburant est en hausse. Mais, en dehors des aspects financiers, la phase de déplacement cristallise une série de mécontentements : trop longue, trop fatigante, porteuse d'incertitudes temporelles, astreignante en terme de vigilance, sujette aux intempéries, source de stress, etc.

C'est ce constat qui a amené l'ASSAD à nous demander de réaliser une enquête sur tout ce qui se joue lors du déplacement et de ce qui le conditionne (ce qu'il y a avant et après, la gestion du travail isolé, etc.). Un des enjeux était d'aider à démêler les ressorts de ces multiples insatisfactions pour se donner les moyens d'agir. Nous avons, pour ce faire, cherché, d'une part, à comprendre la mobilité pour elle-même (trajets, etc.), ainsi que la façon dont les salariés se représentent et vivent ces phases de déplacements ; et, d'autre part, à saisir la relation entre la mobilité et la situation de travail au domicile (la relation avec l'usager, etc.).

III B UNE PROFESSIONNALITÉ À L'ÉPREUVE DU DOMICILE

Lorsque les enquêtées décrivent leur travail, elles parlent volontiers de la manière dont leur professionnalité se construit, sur le terrain, au fil de leurs interventions. Elles affrontent, de manière concrète et pratique, nombre de questions qui pourraient sembler, de prime abord, plutôt théoriques. La définition de l'aide à domicile ne va pas de soi : que signifie le terme « aide » ? Où commence-t-elle et où s'arrête-t-elle ? Comment cette définition se construit-elle sur le terrain ?

Entre accompagnement et « bonne distance »

Tout d'abord, « l'aide » fournie à la personne aidée s'apparente à un accompagnement. Les aides à domicile organisent leur travail en faisant participer le plus possible l'usager, c'est-à-dire en trouvant les moyens de susciter chez lui l'envie de faire certaines activités par lui-même, et de l'aider uniquement pour les tâches qui sont hors de sa portée.

Elles contribuent ainsi à maintenir l'état de santé de l'usager, voire, à réduire sa dépendance : « *A l'aller, c'est elle qui tire le caddie pour aller faire les courses, parce qu'il est encore vide ; au retour, c'est moi* ». Elles parviennent avec l'habitude à percevoir l'évolution de leur état de santé et peuvent prévenir leur hiérarchie d'évolutions inquiétantes : « *On [la salariée et une collègue qui interviennent chez le même usager] s'est rendu compte que le nombre d'heures ne suffisait pas* ». L'aide, au sens d'accompagnement, passe aussi par la prise en compte des goûts de chaque personne et de ses habitudes : « *Pour les repas, j'essaie de préparer des repas équilibrés et le soir on fait soupe, car la famille a dit qu'elle aimait ça* ».

L'aide se caractérise non seulement par l'accompagnement (visant la préservation de l'autonomie de la personne aidée), mais aussi par la « bonne

distance» afin de ne pas trop s'engager affectivement (Houdeville, Riot, 2011). En effet, les intervenantes définissent elles-mêmes les limites de l'investissement qui va avec «l'aide». Elles cherchent à ne pas les dépasser à la fois pour se protéger elles-mêmes et assurer la stabilité de la relation avec l'utilisateur. Si les salariées sont à son écoute, elles refusent ce qui est hors champ : «Certains sont maniaques et ils vont jusqu'à nous demander de lessiver les murs. Certains nous demandent de monter des charges lourdes en haut d'une grande armoire. Là il faut mettre des limites».

En tenant «la bonne distance», on évite de personnaliser trop le travail. Ce qui facilite l'intervention d'une aide à domicile appelée à en remplacer une autre : l'utilisateur ne percevra pas de différence dans la qualité de prestation. Pour l'ASSAD elle-même, cela permet de trouver plus facilement une remplaçante. Les salariées potentiellement les plus rapides évitent de faire du tort à leurs collègues en adoptant un rythme moindre.

Pour trouver la «bonne distance», chacune des salariées a ses tactiques : elles vouvoient les usagers, portent une blouse ; elles ne communiquent par leur numéro de téléphone personnel et appellent donc les usagers en numéro caché : «Je ne veux pas qu'ils m'appellent». Certaines font le choix d'être remplaçante et/ou ne pas être en temps plein pour éviter de s'attacher trop à eux. Elles font en sorte de ne pas maintenir les liens hors moments d'intervention (ne pas aller voir les usagers pendant son temps libre par exemple). Partir à l'heure est, pour certaines, vécue comme «(...) une limite à respecter pour soi-même». Enfin, trouver la bonne distance passe par le fait d'être persuasif : «Il faut faire sentir aux gens que quand on est là c'est pour eux et quand on n'est plus là c'est terminé».

La chercheuse en psychologie clinique, Magalie Bonnet (2006), identifie trois types de relations avec la personne aidée : la relation de service technique, la relation de service relationnel et la relation de service social. Pour caractériser chacune de ces relations, elle prend l'exemple de la personne aidée qui propose un café à l'intervenante :

- dans le cas de la «relation de

service technique», celle-ci refuse par crainte de transformer le lien professionnel en une relation amicale dont elle n'aurait pas toute la maîtrise.

- dans une «relation de service relationnel», elle accepte le café sans se poser plus de questions que cela sur les dangers d'un tel partage.

- dans une «relation de service social», la professionnelle accepte le café pour ne pas prendre le risque de rompre la relation et en fait un moment privilégié du travail d'accompagnement. C'est ce dernier type de relation qui caractérise au mieux la «bonne distance» et qui marque les traits d'une possible professionnalisation des aides à domicile. Leur légitimité passe par la construction de cette définition de l'aide et à plus forte raison, par une attitude à tenir face aux personnes aidées.

Construction individuelle et collective de la définition

«L'aide» ne possède donc pas une définition allant de soi. Elle se construit, d'abord, au travers des négociations préalables qui encadrent la prestation. Elle s'affine ensuite, individuellement (par chaque intervenante), dans les situations quotidiennes et perturbées. En effet, chaque intervenante apprend sur le terrain et au fil de ses expériences quotidiennes à définir ce qui, pour la personne aidée, constitue une aide appropriée. Lorsqu'elles se rendent au domicile, les aides à domicile sont guidées par une fiche qui indique ce qu'elles ont à réaliser. Chez certaines personnes, par exemple, elles ont à s'occuper de préparer le repas alors que chez d'autres ce n'est pas demandé. Mais il reste une marge d'appréciation importante sur les activités précises à réaliser. Elles doivent en organiser le déroulement. Il s'agit d'établir des priorités en ne laissant pas l'aspect relationnel envahir la mission de base qui touche à l'entretien du domicile ; de hiérarchiser les activités d'entretien ; mais aussi de planifier les menus et de préparer les repas. Ce que l'une d'elles résume bien : «Pour travailler, il faut des priorités : le sol, le repas, le linge, la poussière. Les vitres c'est moins prioritaire... tout en réussissant à discuter avec les personnes».

De plus, cette définition individuelle de l'aide se construit au cours des aléas rencontrés sur le terrain, et de la façon dont les aides à domicile les gèrent. Les interventions ne se ressemblent pas d'un usager à un autre, d'une journée sur l'autre. Les salariées ne savent jamais complètement à l'avance comment cela va se passer chez l'utilisateur ; elles agissent donc dans l'incertitude. De plus, les aléas qu'elles rencontrent sont nombreux. En témoignent les multiples anecdotes que nous racontent les salariées pendant les entre-

tiens. Les situations délicates et imprévues, nombreuses et variées, auxquelles elles font face en étant seules s'expliquent par le fait de se frotter à un public hétérogène : les salariées peuvent avoir à faire à un usager agressif par exemple, à un usager qui n'ouvre pas sa porte d'entrée, à un usager décédé ou mourant, etc. Mais ces situations auxquelles elles doivent faire face sont aussi liées au fait de travailler au domicile de l'utilisateur : par exemple, lorsque les plombs sautent, les salariées font face seules à la situation ; ou encore lorsque les toilettes sont bouchées et qu'elles se retrouvent face à une fuite d'eau dans le domicile, etc. Elles apprennent ainsi à interpréter et à décrypter la situation, et à être autonomes. Cela participe de la construction de leur propre définition de l'aide.

On constate, plus particulièrement dans ce type de situation, à quel point cette construction repose davantage sur un travail personnel dans le cas des interventions au domicile qu'en institution, à l'hôpital notamment. Le fait d'être au domicile engage davantage la salariée avec sa subjectivité. L'une d'entre elles parle de la différence entre son travail au domicile et en milieu hospitalier : «C'est pas : j'appuie sur la sonnette et tout le monde accourt» ; «De toute façon, il faut qu'on se débrouille quand même ; c'est à moi de prendre des initiatives pendant ces imprévus, mais ces initiatives ont évolué au fil du temps».

Les intervenantes apprennent à construire non seulement individuellement, mais aussi collectivement une définition de l'aide. Ce collectif existe entre autres grâce aux cahiers de liaison. En effet, chez certaines personnes, les intervenantes tiennent un cahier pour échanger des informations entre elles à propos de la personne aidée (sur son moral par exemple) et sur le déroulement de l'intervention (ce qu'elles n'ont pas eu le temps de faire ou au contraire ce qu'elles ont déjà fait et qui facilitera le travail de la prochaine intervenante). Mais le collectif existe surtout grâce aux réunions mensuelles auxquelles les salariées participent : elles sont comptées comme des heures de travail, et réunissent l'essentiel de l'équipe qui travaille sur un même secteur d'intervention. Pendant ces réunions, les responsables de secteur communiquent les informations essentielles et générales (sur l'ASSAD, sur les usagers, notamment l'évolution de leur maladie ou les décès), et les salariées évoquent les difficultés qu'elles peuvent rencontrer dans leur travail. Ces réunions participent à la cohésion de l'équipe, à produire des valeurs communes (confiance, sympathie, relationnel), et à se sentir appartenir à ce collectif.

Définition à construire en permanence

Enfin, «l'aide» est une définition qui évolue très fortement d'une intervention à une autre. Elle correspond en partie au fait de tenir la bonne distance. Mais la forme de cette «distance» n'est pas fixe, car la relation est temporelle (la confiance se crée au fur et à mesure, et elle peut basculer également très rapidement). Cette distance dépend des affinités : «Si les gens sont gentils, c'est dur de leur refuser. C'est plus simple de dire non à des gens qui sont enquinants». Elle dépend également des besoins des usagers. En d'autres mots, la plus ou moins grande autonomie des usagers explique pourquoi les salariées n'acceptent pas les mêmes demandes : «Elle a la maladie d'Alzheimer. Chez elle je dois fouiller dans les placards parce qu'elle cache tout. Mais chez quelqu'un d'autre, je ne permettrais pas de le faire. J'agis en fonction de ce que la personne a comme maladie» ; «Chez lui ce n'est pas tant : tiens, qu'est-ce que je vais faire», mais c'est plutôt : «qu'est-ce que vous voulez que je fasse Monsieur ?» (...) Chez certains je me comporte comme la maîtresse de maison, alors que chez d'autres il faut demander si on peut faire ci ou ça».

La «bonne distance» n'est donc jamais donnée une fois pour toutes. C'est là une caractéristique forte des métiers de l'aide à domicile relativement à l'activité en hôpital : «Au domicile c'est à nous de nous adapter alors qu'à l'hôpital, c'est au client et à la famille de s'adapter». D'ailleurs, nous avons constaté à quel point les salariées ont du mal à dire «client» ou «usager» : elles privilégient le terme de «personne». La distance est alors le fruit d'un travail et d'ajustements incessants. Ces ajustements sont nécessaires, car la relation est temporelle et peut évoluer au fil du temps, mais aussi parce que le service ne peut être défini exhaustivement comme un ensemble de tâches standards qui ne sortiraient jamais de ce cadre. Le contenu et la qualité du service dépendent en partie de la construction de la relation entre l'utilisateur et la salariée et de cette distance.

III C

CE QUE SIGNIFIE « ENTRER AU DOMICILE », UN ESPACE TOUT SAUF NEUTRE

Tous les professionnels intervenant à domicile le disent: franchir le seuil est loin d'être anodin. Au milieu de l'ensemble des déplacements, qui scandent leurs journées, les moments où les aides à domicile rentrent chez les personnes aidées sont particulièrement cruciaux.

L'analogie avec les enseignants qui, au cours d'une journée, doivent entrer dans des salles différentes est tout sauf incongrue. Le témoignage d'un enseignant que nous avons interrogé correspond trait pour trait à ce que les aides à domicile éprouvent en arrivant chez quelqu'un; «*Il ne faut jamais courir quand on est en retard. (...) Ne serait-ce que pour retrouver le calme nécessaire pour (...passer d'une activité à l'autre). Il faut le temps qui permette d'apaiser tout ça, de recentrer. (...) Ce n'est pas faire le vide; c'est se préparer. (...) C'est sans doute une des choses les*

plus difficiles dans une journée de travail. Le passage qui se fait (... d'une situation à l'autre) d'un mode de problèmes à un autre mode. C'est peut-être aussi une des choses les plus fatigantes. (... Il y a quelque chose de corporel): c'est une certaine façon de se remettre à l'intérieur du vêtement, je crois, du vêtement de cours. (...) Tu t'es préparé le matin; tu as fait très attention à ta tenue. Tu portes une cravate; tu n'as pas de taches; rien qui soit susceptible de distraire tes élèves. Tu fais très attention à tout cela. C'est un travail qui est un peu fastidieux, mais qui fait gagner beaucoup de temps».

De même, pour les aides à domicile: passer d'une intervention à l'autre nécessite une phase de retour au calme, de remobilisation pour faire face à la situation nouvelle qui se présente. C'est ainsi, également, que l'attention à la tenue est grande. Il faut «se tenir» face à la personne chez qui l'on intervient et cela suppose d'avoir une tenue qui ne suscite pas la perplexité. Il faut montrer une tranquillité qui rassure la personne et qui la met à l'aise.

L'enseignant parle de «prendre la classe», au début du cours, de la même manière que les intervenantes «prennent pied» dans le domicile.

Au début des années 70, le sociologue Goffman (1973) avait montré combien la métaphore de la scène était puissante pour décrire les interactions sociales. On en a ici une belle illustration avec cette description avec ses métaphores théâtrales implicites. On n'est pas loin d'un acteur qui rentre sur scène et soigne son entrée.

L'analogie entre les aides à domicile et les enseignants se vérifie encore dans la manière d'articuler les temps de son activité. Ainsi que le dit bien notre enseignant: «*Le plus difficile, c'est de commencer et de terminer, c'est le plus difficile et il faut faire avec les temps nécessaires, la ritualisation nécessaire, même quand on a 5 minutes de*

retard.» Beaucoup d'aides à domicile se retrouveraient dans ces propos. L'une d'elles évoque l'effort de concentration qui lui est nécessaire pour entrer dans le domicile: «*Les yeux, la tête, on analyse tout en très peu de temps.*» Il faut sentir comment est la personne et s'adapter en conséquence, très rapidement.

Pour avoir accompagné des intervenantes dans leur tournée, nous avons été frappés de l'intensité des deux ou trois premières minutes qui donnent le ton de l'heure ou des deux heures qui suivent. «L'air de rien» les salariées observent tout, surtout lorsqu'elles arrivent chez une nouvelle personne ou chez quelqu'un chez qui elles vont irrégulièrement. Elles «prennent leur place», jaugent à qui elles ont affaire, négocient et vont de l'avant sans avoir l'air d'y toucher. Les commentaires qu'elles font après l'intervention, en retournant à leur voiture, montrent l'étendue de ce qu'elles observent afin de se comporter de manière adéquate.

il faut donc prendre garde à la manière dont on arrive au domicile, en commençant par être aussi ponctuel que possible. Comme nous le montrons plus loin, il faut n'arriver ni en avance, ni en retard! Le «respect» de l'horaire implique le respect d'un engagement, mais il est aussi le marqueur du respect de la personne desservie et du respect de l'intervenante elle-même. C'est un acte de civilité qui sert de socle à toute la prestation qui suit. Une intervenante confie: «*Je prépare mon trajet à l'avance quand je n'y suis jamais allée pour arriver à l'heure et éviter la panique*».

Arriver à l'heure au domicile permet d'assurer le bon déroulement de l'intervention. Mais en cas de retard, les intervenantes font en sorte de ne pas se montrer pressées: «*Je n'aime pas arriver et courir; j'ai horreur de ça*». Cela est également valable pendant le temps de l'intervention: «*Ne vous inquiétez pas, je ne regarde pas ma montre pour bientôt partir, mais pour gérer mon temps*». L'entrée au domicile, c'est donc se mobiliser: «*Du moment où on passe la porte, il faut y aller*». Enfin, l'entrée dans le domicile s'appuie sur des «rituels»: dire bonjour et ce, dès l'abord, et avec la même intonation de voix, puis poser ses affaires au même endroit par exemple. Ces rituels rassurent l'utilisateur et renforcent cette relation de confiance entre l'utilisateur et la salariée.

L'a porte est, sans aucun doute, le seuil cardinal: celui qui doit être franchi avec le plus de soin, de concentration, de mise en scène et d'attention. Pour autant, l'intérieur du domicile correspond à des degrés d'intimité variables. On ne parle même pas, ici, des cas où la prise en charge comprend une aide à la toilette et qui sont tout à fait à part. Mais le simple fait d'aller faire le ménage dans la chambre ou de pénétrer dans une pièce mal rangée nécessite un certain doigté. Chaque pièce possède son degré d'intimité. La chambre est plus intime que le salon: «*Cela arrive de temps en temps chez des personnes que je vois pourtant régulièrement, et qui parfois n'ont pas le moral et ferment leur porte de chambre. Elles sont dans le salon par exemple, mais elles ne veulent pas que j'entre dans la chambre, que je fasse leur lit ou la poussière*». Les salariées sont très conscientes de cette intrusion et soucieuses de ne pas s'introduire dans un lieu sans y être acceptées.

Dans la pratique cela se traduit par de multiples indications verbales, où les intervenantes commentent ce qu'elles font ou annoncent ce qu'elles vont faire, pour laisser aux personnes desservies la possibilité de se préparer, de faire un commentaire ou une recommandation: ne pas toucher à un objet auquel elles tiennent particulièrement, faire attention à quelque chose, attendre, etc.

L'intervention dans la cuisine présente ses propres difficultés. Car l'aide cuisine est amenée à ouvrir le réfrigérateur, à manipuler des aliments, à faire le point sur les restes. Le dialogue se fait, dans ces cas-là, plus resserré, plus précautionneux encore. Et que dire à quelqu'un qui n'a pas faim?

toutes ces interventions dans un espace matériel intime qui en dit beaucoup sur la personne, sur ses habitudes, sur son état d'âme actuel, nécessitent un doigté d'autant plus complexe à acquérir, qu'il faut, malgré tout, garder une distance suffisante et ne pas empiéter sur le rôle des membres de la famille.

III D

LE TEMPS DES AIDES À DOMICILE : LA « PRESSION TEMPORELLE »

Se rendre au domicile, c'est donc naviguer dans un espace intime et finement hiérarchisé. C'est également naviguer dans un temps fait d'aléas, au milieu duquel les aides doivent surnager autant que possible. La crainte de l'aléa qui bousculerait le déroulement de l'intervention est omniprésente et c'est une des premières sources de tension dont elles font état.

Au cours d'une même journée, les aides à domicile interviennent en général au domicile de plusieurs personnes (en moyenne, 4 à 5 par jour), pour une durée allant de 30 minutes à 2 heures. C'est le chaînage de ces interventions qui les entretient dans une vigilance de tous les instants et donc une certaine tension.

La journée d'une aide à domicile (extraits des notes de suivi)

LA JOURNÉE COMMENCE À 8H EN CENTRE-VILLE.

Elle arrive et se gare dans la rue. Elle me dira ensuite qu'il est rare qu'elle trouve une place directement dans la rue. Souvent elle doit aller juste un peu plus loin (mais pas plus de 3 minutes à pied).

Première personne (homme vivant seul) pour 2 heures de ménage.

Elle sonne et me dit qu'elle se met bien en face du judas pour que l'homme voie bien qui c'est et qu'il ouvre sans méfiance.

Elle salue et me présente en rappelant que la responsable de secteur l'a prévenu.

Elle vient une fois par semaine pour faire le ménage.

Rituel : elle enlève ses chaussures, met ses chaussons, déplie son tablier.

(...)

Elle parle de manière tranquille, mais quasi-continue. Elle commente ce qu'elle fait, elle lui lance quelques perches. A un moment elle lui dit : « vous avez des soucis en tête monsieur X ». Il acquiesce mais ne donne pas de détails. Elle n'insiste pas.

Elle demande si ses enfants ont téléphoné. L'un doit appeler cet après-midi.

Ils parlent de la responsable de secteur qui est passée pour le renouvellement de l'aide.

Le réfrigérateur est complètement vide.

Elle dit qu'elle lui a déjà proposé de faire ses courses, mais qu'il ne veut pas.

Aujourd'hui sa journée de travail va aller jusqu'à 18h ; donc 10 heures d'amplitude.

Je vois qu'elle vise pour aller à 10h ; c'est bien calibré. Elle ne perd pas le temps de vue.

A 9h55 elle prépare son départ.

Elle sort les documents à signer et le PDA qu'elle fait signer à l'envers pour éviter qu'il ne touche les touches de commande par erreur.

Et nous partons.

DANS LA VOITURE :

Elle m'explique qu'elle fait des reconnaissances auparavant quand il y a un nouvel usager. Elle a reçu son planning le 23 décembre. Elle est allée voir pendant son temps libre chez le nouveau couple où nous allons à présent.

Elle a un plan pour se repérer dans les endroits qu'elle ne connaît pas.

Elle a vu, lors de sa reconnaissance de l'endroit

où nous allons, qu'il n'y avait pas de place dans la rue. Donc elle se gare juste avant.

Sur son PDA elle regarde le numéro de l'étage et les tâches à faire.

Elle a dans son sac : gants, plumeau.

Elle apprécie la sectorisation qui fait qu'elle ne va pas trop loin.

10H15 ARRIVÉE CHEZ LE NOUVEL USAGER (qui a déjà reçu la visite d'une autre intervenante deux jours avant, car elles y interviennent à deux).

Cela se passe étonnamment simplement.

La prise de contact est rapide. Il faut faire la toilette de l'homme et un peu de ménage.

(...)

Elle fait 20 minutes de ménage après la toilette car il lui reste du temps.

Elle sort les papiers et explique à la dame comment signer.

La dame a un peu de mal à rentrer dans le cadre. Puis elle replie ses affaires.

EN SORTANT

Elle fume sa cigarette assez tranquillement sans monter dans sa voiture, car elle sait qu'après c'est juste à côté. Elle n'oublie jamais l'heure. Quand elle voit que 11h30 approche, elle arrête la cigarette et nous remontons dans la voiture. Elle regarde à chaque fois, en repartant, assez précisément le compteur kilométrique pour faire une déclaration précise.

Pour ce qui est de la fin de l'intervention, les papiers et le PDA aident à la clôture.

Pour ce qui est du début, quelquefois, quand elle sonne, les gens ne répondent pas et il faut téléphoner.

Ici d'ailleurs, quand nous sommes arrivés, la dame a mis du temps à répondre à l'interphone : « j'avais peur ».

11H30 NOUS ARRIVONS CHEZ UNE DAME :

cuisine et vaisselle

Il est tôt, mais la dame est pressée de manger, car quelqu'un va venir la chercher ensuite.

Donc l'aide à domicile commence tout de suite la cuisine et elle verra la chambre plus tard.

Il est difficile de savoir ce que la dame veut manger. Tout ce qu'elle demande c'est qu'on lui réchauffe des haricots verts.

En fait, on va se rendre compte, au fur et à mesure, qu'elle a rassemblé des petits restes sur la table.

La salariée fait attention à la prise de

médicament, du fait qu'elle se rend compte que la dame a oublié une pilule hier soir.

(...)

Elle surveille du coin de l'œil la dame pendant qu'elle fait la vaisselle. Elle regarde si elle compte bien ses gouttes.

Nous discutons de l'heure. La dame s'aperçoit que je me suis rendu compte qu'il reste encore un quart d'heure avant la fin. Elle sourit : « il ne dit rien, mais il a compris » !

La salariée va descendre la poubelle et chercher le courrier et revient avec une carte d'un des petits-enfants que la dame attendait depuis plusieurs jours. Ce petit fils lui écrit toujours dès le 1^{er} janvier et elle commençait à s'impatienter. Elle est ravie.

Du coup l'aide à domicile laisse tranquillement passer l'heure de quelques minutes pour la laisser savourer.

Avant de partir, elle remplit aussi le cahier de coordination entre les différents intervenants qui viennent là.

PAUSE ; NOUS AVONS 1H45. Au minimum c'est 1h15 ce qu'elle apprécie, car avant c'était 1h et c'était plus tendu.

Nous abordons divers sujets.

En temps normal elle retourne chez elle. Par exemple, d'ici elle en aurait pour 20 minutes. Ça fait court pour manger, mais ça lui donne quand même l'occasion de manger avec son mari et avec sa plus jeune fille qui est encore à la maison et qui rentre aussi pour manger.

Elle fait 300 km par mois (indemnisés) et 30 heures par semaine, annualisées.

Elle n'a pas envie de travailler plus. « Si on me demande, je réfléchirai ».

(...)

Pour ce qui est de trouver une nouvelle adresse : « vous ne connaissez pas les rues, vous vous débrouillez, vous passez un soir en sortant du travail ».

(...)

Perception de sa journée : « C'est la dernière intervention qui est la plus longue ». C'est à ce moment-là que l'on commence à se projeter dans le retour à domicile, que l'on se laisse aller et que toute la fatigue devient présente. C'est là qu'elle repense à toute la journée qui s'est écoulée.

Avant elle n'avait pas de macaron pour se garer sans payer en centre-ville donc elle prenait souvent le bus et c'était catastrophique. Revenir

chez soi en milieu de journée c'était problématique.

«J'ai une collègue qui fait tout en bus, c'est terrible!». «Je lui ai dit d'acheter une voiturette d'occasion, mais elle ne peut pas financièrement».

Elle fait faire les révisions de sa voiture bien à temps et elle anticipe le plus possible pour changer les pièces dès qu'il y a un doute. Elle est en souci par rapport à une éventuelle panne. «Je cherche à l'éviter à tout prix».

Le travail le week-end c'est contraignant. C'est le plus difficile. En plus, ce sont de petites interventions, des toilettes, des repas, souvent moins d'une heure.

(...)

Et en rentrant chez elle?

«Une fois qu'on a fini le boulot, il faut tout arrêter. Il faut faire la coupure».

«L'hiver, la nuit, je me lève et je regarde s'il neige. Et si oui je pense qu'il faudra que je me lève plus tôt». Facilement ¼ d'heure plus tôt à cause des encombrements. Elle fait mettre des pneus neige à sa voiture donc ce n'est pas elle le problème, c'est la circulation dans son ensemble. (...)

Elle est sur le qui-vive pendant les premiers instants pour voir dans quelle disposition sont les usagers.

Je lui fais remarquer qu'elle commente tout le temps ce qu'elle fait. «J'ai pris l'habitude avec les personnes mal voyantes».

Elle fait attention à garder le contact tout le temps.

Je sens, pour ma part, que les personnes âgées sont inquiètes que l'on intervienne chez elles.

Ces commentaires en continu sont la porte d'entrée à l'autorisation de toucher à l'intime. «Ce n'est pas comme une femme de ménage, parce que les gens sont tout le temps là et qu'ils demandent souvent le contact».

Par rapport à la question de l'heure : «je surveille tout le temps l'heure sans le montrer aux usagers».

A chaque fois qu'elle remonte dans la voiture, cigarette et chewing-gum, c'est un rite pour évacuer.

Nous allons nous rendre dans un quartier «difficile». Une demi-heure avant le rendez-vous je vois qu'elle se prépare. Elle est en souci et elle commence à prendre son élan pour y aller. Elle se répète l'heure et la durée de la mission

avant d'y aller. Ce sera jusqu'à 15h45 : horizon à garder pendant le travail.

«Il y a des gens qui sont lunatiques. Pendant 10 minutes ça va bien et 5 minutes plus tard ça ne va plus».

A 14H15 NOUVELLE INTERVENTION

Elle arrive en se demandant si elle va trouver une place de parking, mais ça va. Il y a même une place très près.

Elle n'est pas venue chez cette dame depuis longtemps. Elle ne voit plus bien qui c'est. En arrivant à la cage d'escalier elle dit : «Ô je crois que je vois ; c'est quelqu'un de spécial».

Nous arrivons à la porte. La dame a l'air de tomber des nues. J'ai l'impression qu'elle a oublié que quelqu'un devait venir, sans parler de ma présence. L'aide se présente comme ASSAD et cela ouvre la porte.

Mais, finalement, ça se passe bien.

Elle déplie son tablier et met ses pantoufles. (...)

De négociation en négociation les choses avancent : sanitaires, salle de bain, aspirateur (c'est ce que la dame demande en premier), lavage du sol.

A la fin il reste 10 minutes. Du coup elle fait la conversation.

Puis : retire les pantoufles, le tablier, sort les papiers, le PDA et nous partons.

16 HEURES, CONTEXTE TRÈS DIFFÉRENT : une dame d'une quarantaine d'année qui récupère lentement et progressivement d'un AVC qui l'a laissée partiellement hémiplegique.

Au départ elle l'emmène en voiture au Casino du bout de la rue.

Elle se gare en stationnement toléré. La police pourrait lui mettre un PV, mais le macaron ASSAD lui évite.

(...)

A la fin, au moment où nous repartons de chez la dame elle me dit que ça a été une belle journée et que les usagers m'ont bien reçu. «Mais ce n'est pas tous les jours comme ça».

Elle prend finalement la peine de me raccompagner le plus près qu'elle peut de mon hôtel.

La pression temporelle au domicile

Les intervenantes disent se sentir pressées par le temps dans l'exercice de leur activité professionnelle. C'est un des constats qui a conduit l'ASSAD à nous demander d'enquêter en détail, sur la mobilité des salariées et ce qui la conditionne, notamment l'organisation d'ensemble du temps de leur journée. Cette «pression temporelle» se manifeste par un stress lié à l'incertitude à laquelle elles font face. Comme l'écrivent Cœugnet et al. dans une étude récente sur la pression temporelle (2011), il est «*incontestable que les évaluations du temps nécessaire et du temps disponible pour réaliser se complexifient en fonction du degré d'incertitude associé à tout ou partie de séquences temporelles à prendre en compte*». Cette pression est d'autant plus vive que les intervenantes ont des horaires à respecter. Pourtant, même si elles ont une certaine marge de manœuvre sur l'horaire et même si elles partent à l'heure, voire pour certaines, en avance, depuis leur domicile, lors de la première intervention du matin et de l'après-midi, les intervenantes se disent angoissées à l'idée d'être éventuellement en retard.

Cette incertitude fait partie du quotidien professionnel des intervenantes. Elle renvoie d'une part aux aléas auxquels elles se confrontent, sur la route (une panne, un embouteillage, etc.), mais aussi au domicile des personnes aidées (une fuite d'eau par exemple, une personne qui fait un malaise, etc.). L'incertitude renvoie, d'autre part, aux «demandes» plus ou moins claires et affectives des personnes aidées (un fort besoin de parler et d'être écoutées – car certaines des personnes ont peu de contacts avec l'extérieur et reçoivent peu de visites, ne serait-ce qu'une aide pour remplir un document). Ces situations entraînent les intervenantes dans une position délicate, car elles cherchent à les gérer, ou à satisfaire les demandes dans un temps imparti. Et cela peut empiéter sur les activités qu'elles devaient mener chez cette personne. Si elles parviennent souvent à résoudre l'aléa ou à répondre à la demande pendant le temps de l'intervention, elles ressentent toutefois un sentiment désagréable de quelque chose de «vite fait», un goût d'inachevé. Les aléas au domicile sont moins mal vécus que les aléas sur la

route, car ils sont la contrepartie de leur autonomie au travail. Mais l'ensemble de ces situations renforce le sentiment de pression temporelle. Si dans la pratique, les retards sont rares, les intervenantes n'en éprouvent pas moins une pression temporelle.

La pression temporelle sur la route et ses ressorts

La pression est d'autant plus forte qu'il s'agit d'arriver ni en retard... ni en avance.

■ **Arriver en avance est en effet risqué** vis-à-vis de l'usager. Les salariées évoquent par exemple un risque de chute chez celui-ci ainsi que sa non-préparation psychologique : «*Il faut arriver à l'heure. Je n'y vais pas plus tôt pour les risques de chutes chez les gens qui se pressent parce qu'ils sont surpris. Certaines personnes ne sont pas prêtes psychologiquement à nous recevoir*».

■ **D'un autre côté, être en retard peut engendrer de l'inquiétude chez l'usager** : «*Je n'arrive pas plus tard non plus pour que les personnes ne s'inquiètent pas. Si ça roule mal, je stresse, car les gens savent que je suis toujours à l'heure. Donc si j'arrive en retard ils ne sont pas habitués et s'angoissent*».

■ Pour les salariées, **arriver à l'heure est un devoir**, un respect lié à la prestation : «*Les gens voient ça comme une prestation de service, donc c'est pas vraiment qu'ils s'angoissent quand je suis en retard, c'est que c'est le respect lié à cette prestation. Ils exigent l'heure pour cette raison*».

La mobilité est donc vécue comme une activité stressante. D'abord en raison des **obstacles et des aléas rencontrés sur la route**. On est dans le cadre de ce que Yves Clot (Clot 1999) nomme «l'activité empêchée», c'est-à-dire tout ce qui, en situation de travail, se met en travers de ce que l'on voudrait mener à bien. «*Si ça roule mal, je stresse, car je risque d'arriver en retard*». Certaines salariées racontent des circonstances où elles se sont mises à rouler plus vite quand il y avait un risque d'arriver en retard

Le stress en mobilité est aussi à relier à la **possibilité ou non d'anticiper** ces contraintes et ces aléas. Certaines salariées s'organisent par exemple pour diminuer le risque de pannes.

Cela passe par une vigilance accrue à l'entretien de la voiture : «*Je veux une voiture en état pour faire les kilomètres*»; «*Je change ma voiture tous les 5 ans pour éviter les pannes*». Cela passe aussi par l'entraide familiale soit dans la répartition des voitures au sein du foyer ; soit pour venir aider en situation d'accident/de panne. Les salariées

vivant seules sont, de ce point de vue, particulièrement démunies. Ce stress est alimenté aussi par la météo, scrutée le soir et vérifiée dès le lever, le matin, dans une région marquée par des hivers parfois rigoureux (neige, verglas) : « Est-ce qu'on va pouvoir rouler ? Est-ce qu'on va pouvoir aller au travail ? C'est quand même une contrainte de se dire tous les jours : le temps ».

il est à relier, par ailleurs, à une négociation implicite autour du **statut social**. « Quand le client est mécontent suite à un retard, l'intervention démarre mal » et l'activité des salariées devient alors plus complexe, car elles doivent retrouver la confiance perdue. Elles cherchent la fois suivante à arriver à l'heure, par crainte des réflexions et reproches de l'usager et de la famille de l'usager. Et c'est vite leur statut qui est en jeu : « Quand le médecin est en retard, c'est une chose. Mais quand c'est l'aide à domicile... on est au service quand même. Le statut social rentre en jeu et encore plus quand l'intervention est du ménage ».

On voit donc que la mobilité conditionne la qualité de la relation avec l'usager. On retrouve ainsi, de manière sous-jacente, la question de la professionnalité et de sa reconnaissance. En tirant le fil de la mobilité, on s'aperçoit qu'elle constitue un nœud où convergent toute une série de négociations. On s'aperçoit également que ce qui se passe avant (partir) et ce qui se passe après (arriver) la colore fortement.

LES MOYENS DE TRANSPORT DU PERSONNEL DE L'ASSAD ET LEUR COÛT

Pour leurs déplacements professionnels, les salariés de l'ASSAD disposent de trois moyens de transport :

■ les véhicules de l'association : un pool de 21 véhicules en Location Longue Durée (LLD) auprès de la DIAC (11 Clio dont 7 utilisées par les infirmières ; 6 Kangoo aménagés pour la livraison des repas ; 4 Trafic dont 3 aménagés pour le Transport de Personnes à Mobilité Réduite, TPMR). Cette flotte est relativement récente (la plupart des véhicules sont détenus depuis 2010 ou 2011 avec des renouvellements prévus en 2014 et 2015).

■ les véhicules personnels : la quasi totalité des salariés utilise leur propre véhicule. Ils bénéficient d'un remboursement en indemnités kilométriques. Un peu plus du tiers effectuent moins de 1 000 km par an ; un peu plus d'un dixième en effectuent plus de 9 000. Précisons encore que leur assurance automobile personnelle ne couvre pas (sauf surprime éventuelle), les sinistres ayant cours au cours des déplacements professionnels.

■ les transports en commun : seule une minorité des salariés utilise les transports en commun, en l'occurrence le bus (112 personnes).

Pour l'ASSAD, le budget global lié aux déplacements professionnels s'élevait à un peu plus d'un million d'euros en 2011 (dont 830 000 euros pour le remboursement des indemnités kilométriques ; 163 000 euros pour les véhicules en LLD). Le contrat d'assurance pour l'ensemble de la flotte s'élève à près de 24 000 euros.

III E

CE QUI SE PASSE PENDANT LA MOBILITÉ DES AIDES À DOMICILE : UN TRAVAIL EN TEMPS MASQUE

La mobilité elle-même est une phase dont les aides à domicile parlent volontiers, mais comme une activité perturbante qui conditionne la relation avec l'usager. Qu'elles se déplacent en voiture ou en transports en commun.

Les aides à domicile parlent avec beaucoup d'enthousiasme et de volubilité des moments où elles sont au domicile des personnes. Ces moments sont parfois durs, elles y rencontrent fréquemment des difficultés, mais elles sont fières de parvenir à les surmonter : cela fait partie de leur professionnalité. La mobilisation subjective nécessaire y est intense, et il arrive qu'elle ne soit pas ou plus au rendez-vous. Mais tout cela est vu comme propre au métier.

En revanche, tout ce qui a trait à la route, est perçu comme des sauts d'obstacles potentiels qui empêchent de faire le métier correctement. La conduite est, de fait, majoritairement vécue comme une activité perturbante. Conduire suppose d'être vigilant et cela rend difficile la réalisation d'une autre activité en parallèle. La conduite est décrite comme pénible et fatigante : « La route, c'est vrai que c'est barbant » ; « C'est fatigant ». Pendant les entretiens, nous avons été surpris de constater que certaines salariées ne comptent pas la distance parcourue en temps ou en kilomètres, mais qu'elles comptent les « feux rouges » qu'elles rencontrent tout au long de leur trajet. De plus, nous avons relevé un ensemble d'exemples de contraintes à la conduite qui participent à construire ce vécu de la mobilité : l'attention aux autres usagers de la route, les bouchons sur la route, les conditions météorologiques (la neige) expliquent le caractère pénible de cette activité de conduite. De la même manière, la conduite de

nuit est mal vécue par beaucoup de salariées, et cela est certainement lié à l'effet d'âge : « Je préfère travailler à 7h et finir à 16h car c'est plus reposant. Les gens sont moins pressés sur la route. Ils sont plus cool le matin que le soir » ; « J'arrive à un âge où les trajets fatiguent ; des fois je suis plus fatiguée du trajet que du travail ».

Ce vécu de la mobilité au travail est également partagé par les salariées qui utilisent le bus et non la voiture pour se rendre chez les usagers : « Le bus, ça me détend quand tout va bien. Quand je ne travaille pas, c'est relax le bus ». Elles expliquent que marcher est parfois plus efficace, mais aussi plus fatigant : « Être à pied ça me limite beaucoup. Alors qu'en voiture c'est plus simple pour se déplacer. Mais le bus c'est moins bien qu'être à pied » ; « Le temps d'aller à l'arrêt de bus, de l'attendre, c'est plus long que lorsque je prends mes raccourcis à pied ». Quand on les interroge sur les modes de transport alternatifs, l'une d'elles répond : « Ce serait compliqué pour prendre mon vélo, trouver un endroit où l'accrocher ». Au-delà de tel ou tel mode, c'est le caractère pratique et fluide qui est systématiquement interrogé.

Se déplacer est donc une activité par défaut, dominée par le sentiment d'un empêchement d'agir plus que d'un agir (Clot, 1999). Les aléas de conduite rencontrés sont perçus comme des ennuis ; alors que les aléas au domicile sont plutôt une occasion d'affirmer une professionnalité. En d'autres termes, conduire est ce qui empêche de faire autre chose et en tant que tel cela est vécu comme une activité fatigante. Se déplacer (en voiture, en bus, à pied), c'est plus subir qu'agir.

Il faut dire que cette phase de mobilité est enchâssée dans des phases adjacentes qui mobilisent beaucoup les intervenantes et qui viennent coloniser le moment où elles sont dans les transports. Changer de lieu prend place, en effet, dans une séquence complexe qui commence en amont et qui se termine en aval de la mobilité proprement dite.

Il y a un premier temps, en début de journée, avant même le premier déplacement, où les aides

à domicile se préparent avant de partir de chez elles. Elles écoutent la météo et, en fonction de ce qu'elles entendent, elles rajoutent éventuellement quelques minutes à leur premier trajet. Elles passent dans leur tête leur journée en revue. Avant même de partir physiquement les intervenantes sont déjà parties mentalement.

Que ce soit le premier déplacement de la journée ou les suivants, on a dit que l'arrivée au domicile nécessitait une concentration et une mobilisation particulières. «*Il faut négocier en arrivant ; quelquefois les gens ne sont pas prévenus du changement d'horaire, c'est là que ça se joue pour l'intervention ; surtout quand on ne connaît pas les gens ; il vaut mieux avoir laissé tout dans la voiture*». Tout «laisser dans la voiture» est une métaphore qui dit beaucoup : il faut se rendre totalement disponible pour l'intervention à venir. Or laisser les tracas personnels ou dus aux interventions précédentes derrière soi suppose un temps de repos. C'est là que les contraintes diverses, liées à la conduite ou au stationnement viennent se mettre en travers de cette préparation : «*On est déjà dans la prochaine intervention et il faut se garer, trouver une place, penser au disque*» nous dit-on ainsi.

L faut «laisser dans la voiture» ce qui a précédé et cela ne va pas forcément de soi, car partir d'un domicile n'est pas simple. Au moment où les aides en sortent, elles doivent réaffirmer la distance qui les sépare de l'usager. Cette distance reste présente pendant l'intervention, mais elle s'accroît au moment du départ. La ritualisation de celui-ci contribue à ce travail. L'usager signe une feuille, ou met sa griffe sur le PDA qui enregistre les interventions. Malgré tout, ce moment peut être plus ou moins facile à gérer, notamment lorsque les personnes prises en charge essayent de le prolonger. Cela peut être spécialement difficile lors de la dernière intervention de la journée où il n'est plus possible d'invoquer l'intervention suivante pour partir.

Et ensuite, entre l'intervention finissante et l'intervention commençante, pendant la phase de mobilité proprement dite, le travail consiste à «digérer», à se reposer entre deux interventions. De nombreuses enquêtes expliquent pendant les

entretiens que faire une transition est indispensable pour passer d'une situation à l'autre tout en restant disponible dans le présent : «*Penser à rien, ça fait du bien*»; «*Entre deux interventions, le temps dans la voiture est un sas (...) quand je monte dans ma voiture, c'est déjà le moment où j'ai coupé avec le travail physique et où je suis déjà mentalement chez la personne suivante*»; «*C'est comme une plage de silence sur un disque ; un temps mort*». On retrouve ici ce que dit Winnicott (1971) sur l'importance des dispositifs transitionnels qui permettent de passer de soi à l'autre, ou d'une situation à une autre : «*on ne leur demande rien d'autre, dit-il, sinon d'exister en tant que lieu de repos*».

Même en fin de journée, avant de rentrer chez soi, il reste un travail à faire. Le départ du dernier domicile a pu être difficile, surtout lorsque l'on sait que l'on est le dernier intervenant de la journée et que la personne aidée ne va pas bien. Mais en tout état de cause, le temps de déplacement pour rentrer chez soi est souvent mis à profit pour se préparer à séparer la vie professionnelle qu'on laisse derrière soi, et la vie privée qu'on s'apprête à rejoindre.

Pendant tous ces moments, tout ce qui entrave le travail subjectif (par exemple toutes les contraintes de la conduite) est perçu comme une nuisance et une fatigue. En tant que phase de transition, la mobilité est appréciée, mais par pour elle-même. Pendant cette phase, qui consiste à aller d'un usager à un autre, la conduite est, en fait, particulièrement stressante. Le temps de la digestion, considéré comme indispensable pour passer d'une situation à l'autre, tout en restant disponible dans le présent, est fréquemment «encombré» par l'attention accordée à la conduite.

L'important, pour les aides à domicile est donc que ce moment soit aussi fluide et prévisible que possible.

Les pistes d'action proposées à l'ASSAD suite à l'enquête

Forts des différents constats et hypothèses établis à la lumière de nos entretiens avec les aides à domicile de l'ASSAD, nous avons proposé quatre pistes d'action à cette association.

1 - Réduire les tensions liées à l'horaire

La difficulté des aides à domicile à vivre la mobilité tient beaucoup au souci de ne pas se mettre en difficulté avec les usagers en arrivant soit en avance, soit en retard. Pour atténuer les tensions liées à la gestion de l'horaire, nous recommandons :

- de sensibiliser les usagers aux risques de petits décalages d'horaires liés aux aléas de la journée ;
- d'encourager davantage les aides à domicile à faire part à l'ASSAD des usagers qui les mettent en tension par rapport à l'horaire, à l'arrivée ou au départ (sachant que la réunion mensuelle n'est pas forcément le meilleur lieu pour ce faire) ;
- enfin, au niveau des secteurs, d'explicitier les priorités en cas d'intempéries.

2 - Renforcer l'appui du collectif

Renforcer l'appui du collectif de travail est une autre possibilité pour soutenir l'aide à domicile dans son face à face avec l'usager. Concrètement :

- le fait que les responsables de secteur soient joignables au téléphone en cas de difficulté est un atout fort qu'il convient de maintenir ;
- les réunions mensuelles sont également une occasion de partage, mais leur vécu est hétérogène. Ainsi, l'échange des bonnes pratiques entre responsables de secteur pourrait être davantage encouragé ;
- Lorsqu'un cas est ouvertement reconnu comme difficile par les aides à domicile, il devrait pouvoir être abordé en réunion. Certes, les aides à domicile ont tendance à s'imputer au moins une partie de la responsabilité et hésitent donc à en parler d'autant plus qu'elles craignent le jugement de leurs collègues et de leur supérieur. Pour éviter ce genre de situation, nous recommandons -- de réfléchir à une plus grande harmonisation des discours ; -- de construire des lieux et des temps ouverts au partage (éventuellement avec un autre responsable de secteur que le sien) ; -- de prévoir un coup de fil systématique après une première intervention (par rapport au stress de la première intervention) ;

Conclusion

-- d'étudier, en réunion, des situations types de manière dépersonnalisée (organiser les réunions de sorte à avoir un discours sur le contenu, valoriser la prise de parole des salariées).

3 - Imaginer des solutions techniques pour rendre certaines situations de mobilité plus confortables

L'amélioration doit se focaliser d'abord sur les situations où l'évolution peut être la plus forte. Une situation particulièrement difficile, aujourd'hui, est le week-end, avec des interventions courtes, éloignées les unes des autres, alors que les transports en commun sont bien moins fréquents, voire inexistantes.

Plusieurs voies sont à explorer :
■ tester l'usage de deux roues à assistance électrique, notamment le week-end (où l'offre de transport en commun est plus faible), pour les aides à domicile intervenant à pied (attention à la question de la protection contre le vandalisme et à l'autonomie de fonctionnement); voire de véhicules pour le week-end pour celles qui ont le permis (solutions qui ont un coût, mais qui permettent également de gagner du temps et, évidemment, de la fatigue);

■ mutualiser l'usage d'un parc de véhicules avec un organisme qui ne les utilise pas le week-end.

En dehors des week-ends, d'autres solutions techniques, à adapter au cas par cas, sans nécessairement chercher de solution universelle, mériteraient d'être testées :

■ proposer la mise à disposition temporaire d'un véhicule en cas d'incident mécanique, au travers d'un pool de véhicules ou d'un accord avec un loueur (stress en moins). Par exemple : examiner la possibilité d'un accord avec un organisme d'autopartage.

■ dans le centre de Besançon et dans les quartiers de Battant et de Chaprais, tester l'usage du système vélocité qui permet, les jours où il ne pleut pas, de s'affranchir des problèmes de parking.

■ envisager l'implantation du système d'information sur la circulation des bus en temps réel sur les PDA.

Valoriser la phase de conduite

Valoriser la phase de conduite pour qu'elle ne soit pas uniquement une activité par défaut a été notre dernière proposition. Pour ce faire, il serait pertinent de :

■ mettre à disposition des véhicules estampillés ASSAD pour les aides à domicile ayant les plus longs temps de conduite.

■ tester la mise à disposition de véhicules électriques dans les circonstances où cette solution est la plus favorable (accès facile à une recharge, autonomie garantie, places de parking réservées).

OPTIMISATION DES MOYENS DE DÉPLACEMENTS : DEUX PISTES POSSIBLES

Parallèlement à l'enquête menée par Frédéric de Coninck et de Caroline Guillot, une équipe de PSA Peugeot Citroën a étudié avec le concours de l'ASSAD des moyens d'améliorer les moyens de transport de son personnel. Deux pistes d'optimisation ont été mises en évidence :

PISTE 1 : LA MISE À DISPOSITION DE VÉHICULES DE FONCTION

Elle concerne les salariés parcourant plus de 800 kilomètres par mois, soit 9 600 km par an. Soit un peu plus d'une soixantaine (62) de véhicules de fonction. L'opération serait neutre pour l'ASSAD si le montant le loyer de la LLD et le coût du carburant est équivalent aux montant des indemnités kilométriques. Un calcul, qui, il

convient de le préciser, ne prend en compte ni le montant de l'assurance ni les frais d'immatriculation des nouveaux véhicules.

PISTE 2 : LA MISE À DISPOSITION DE VÉHICULES ÉLECTRIQUES EN POOL

Cette piste concerne les véhicules utilisés par les administratifs. Leurs déplacements (aller-retour) n'excèdent pas en général 120 km, soit la distance correspondant grosso modo à l'autonomie moyenne des véhicules électriques actuellement disponibles sur le marché. Par ailleurs, l'ASSAD dispose sur ses sites de suffisamment de place pour implanter des bornes de rechargement. Elle pourrait donc louer en LLD des véhicules

électriques en remplacement d'une partie de son parc. L'économie réalisée sur la consommation de carburant pourrait s'élever à 1 400 euros par an et par véhicule. Elle devrait permettre :

- d'amortir les coûts d'installation des bornes de rechargement en quelques semaines ou quelques années (il faut compter 400 euros pour une borne permettant une recharge complète en 6 à 8 h; de 5 000 à 15 000 euros pour une borne permettant une recharge quasi-complète en 30 minutes);
- de couvrir les frais d'alimentation et de raccordement au réseau (variables selon l'implantation des bornes).

Enfin, il convient d'évaluer précisément le loyer en LDD d'un véhicule électrique.

Les deux questions relatives, d'une part au financement de l'aide à domicile, d'une part, et à la reconnaissance de la professionnalité propre des aides à domicile, d'autre part, se rejoignent. Le risque, aujourd'hui, est que les tensions sur les coûts tirent vers le bas l'offre de service et, par là même, renforcent la tendance à dénier une professionnalité quelconque aux intervenantes. La défense de la qualité du service rendu est un enjeu aussi bien pour les usagers que pour les acteurs du secteur. Comment, donc, ouvrir le dialogue entre les différentes parties prenantes (usagers, intervenants, associations, et institutions) pour créer une dynamique de professionnalité? Comment faire connaître et reconnaître le métier et les compétences des aides à domicile? Comment attirer plus de candidats, éviter le turnover, augmenter les temps plein, etc.?

On a vu que cette qualité repose sur une bonne organisation de l'aide, sur un encadrement adéquat des intervenantes, sur leur formation et leur accompagnement, enfin et peut-être surtout sur le savoir-faire des aides à domicile elles-mêmes. Travailler à distance, isolée et en mobilité, appelle des compétences particulières.

Intervenir au domicile d'une personne en difficulté, construire la «bonne» distance avec elle, au jour le jour, gérer les relations avec l'entourage, maintenir le lien avec sa hiérarchie, respecter le cahier des charges prévu, alerter lorsque la situation se dégrade, faire face aux imprévus, ne s'improvise pas. Le travail à domicile est, de ce point de vue, notablement différent du travail

en institution: il est moins normé, moins directement encadré, mais plus ouvert, aussi, aux aléas et à la nécessaire autonomie des intervenantes en temps réel.

La construction de la mobilité elle-même résulte d'un processus complexe. Il faut «tenir» sa journée et son emploi du temps. Il faut apprendre à entrer dans un domicile, à négocier avec la personne concernée et à partir. Entre deux interventions, le travail de transition d'une situation à l'autre est intense, alors même que la conduite mobilise l'attention.

Il s'agit d'un travail qui provoque une forte mobilisation subjective. Pour cette raison même l'encadrement par des procédures qui posent des limites et l'accompagnement en cas de difficulté sont des ressources majeures. La qualité du travail organisationnel participe, elle aussi, de la construction collective de ses compétences qui rendent possible le travail mobile et isolé.

La prise en charge de la dépendance a fait et fera à nouveau l'objet de débats sociaux intenses. La reconnaissance de la virtuosité particulière des structures, des encadrants et des aides à domicile est, en l'espèce, un enjeu de première importance.

Bibliographie

ALVAREZ S., 2010, «Le secteur de l'aide à domicile en France : entre l'imaginaire domestique et l'invisibilité du travail de «care» professionnel», *colloque international de sociologie de Lausanne «la dimension relationnelle des métiers de services : cache-sexe ou révélateur du genre»*.

AVRIL C., 2006a, «Aide à domicile pour personnes âgées : un emploi-refuge», in E. Flahault (dir.), *L'insertion professionnelle des femmes. Entre contraintes et stratégies d'adaptation*, Rennes, PUR, p. 207-217.

AVRIL C., 2006b, «Le travail des aides à domicile pour personnes âgées : contraintes et savoir-faire», *Le Mouvement social*, n° 216, p. 87-99.

BECKERS J., 2007, *Compétences et identité professionnelles. L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*, Coll. Pédagogies en développement, De Boeck.

BELTON L., DE CONINCK E., 2011, *La ville à domicile*, Institut pour la Ville en Mouvement, Cahier n°1.

BONNET M., 2006, «Le métier de l'aide à domicile : travail invisible et professionnalisation», *Nouvelle Revue de Psychologie*, n°1, p. 73-85.

CLOT Y., 1999, *La fonction psychologique du travail*, PUF.

CLOT Y., 2001, «Clinique du travail et action sur soi», in Jean-Michel Baudouin et Janette Friederich (dir.), *Théories de l'action et éducation*, De Boeck Université.

COEUGNET S., et al., 2011, «La pression temporelle : un phénomène complexe qu'il est urgent d'étudier», *Le travail humain*, n°2, Vol. 74, p. 157-181.

DONIOL-SHAW G., LADA E. ET DUSSUET A., 2007, *Les parcours professionnels des femmes dans les métiers de l'aide à la personne. Leviers et freins à la qualification et à la promotion*. Rapport de recherche du LATTTS.

GOFMANN E., 1973, *La Mise en scène de la vie quotidienne*, t. 1 La Présentation de soi, t. 2 Les Relations en public, Éditions de Minuit, coll. «Le Sens Commun» (édition américaine originale, 1956 et 1959).

HOUDEVILLE G. ET RIOT L., 2011, «Devenir une professionnelle de l'aide à la personne : entre technique, relations et organisation», *Formation emploi*, n°115, p. 25-36.

JANY-CATRICE E., PUISSANT E. ET RIBAUT T., 2009, «Associations d'aide à domicile : pluralité des héritages, pluralité des professionnalités», *Formation emploi*, n° 107, p. 77-91.

LEDUC S., VALLÉRY G., 2010, «Une analyse des emplois de services à destination des personnes âgées : compétences sociales et identité professionnelle des aides à domicile», *Gérontologie et société*, n° 135, p. 213-237.

MARQUIER R., 2010, «Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008», *DREES, Etudes et résultats*, n° 728, 2010.

OUTIN J.-L., 2011, «Introduction : les services d'aide aux personnes», *Formation emploi*, n° 107, p. 5-7.

WINNICOTT D.W., 1971, «Objets transitionnels et phénomènes transitionnels», in *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975, (édition anglaise 1971).

Le projet de l'IVM

**Avec le projet «La ville à domicile. Mobilités et services»,
L'Institut pour la ville en mouvement souhaite mieux
comprendre les demandes émergentes, identifier
les nouveaux acteurs et les potentialités d'innovation,
en particulier dans le domaine de l'organisation du travail
et de la mobilité des salariés de ce secteur.
L'objectif est, en partenariat avec des entreprises,
des associations et les pouvoirs publics, d'expérimenter
de nouveaux dispositifs organisationnels et techniques.**

**Depuis octobre 2009,
des rencontres
pluridisciplinaires,
une enquête de terrain**

Sous la direction scientifique de Frédéric de Coninck, l'IVM a organisé des rencontres réunissant des chercheurs de différentes disciplines, des animateurs des politiques publiques et des collectivités locales mais aussi des représentants du milieu associatif et d'entreprises de services, de téléphonie, de livraison ainsi que des salariés mobiles. Ces séminaires avaient pour objectif de mettre en commun les connaissances et les expériences pour faire émerger les pistes d'innovation. L'enquête auprès des salariés de l'ASSAD complète cette approche en vue d'explorer et de tester des solutions innovantes.

Rencontres et enquête

Séance inaugurale du groupe de travail : Paris, octobre 2009

Séance «Dans le domicile, jusqu'où?» : Paris, décembre 2009

2 Séances «Les outils, sources d'optimisation des services à domicile» : Paris, février et mars 2010

Séance «Émergences» : Paris, mai 2010

Séance «En ville comme chez soi» : Paris, juin 2010

Enquête : 2011-2012

L'équipe projet

FRÉDÉRIC DE CONINCK, Responsable scientifique, sociologue à l'École Nationale des Ponts et Chaussées et Directeur du Laboratoire d'excellence Futurs urbains de l'Université Paris-Est.

ISABELLE EDESSA, Pilote du projet, membre du comité de pilotage de l'IVM

Avec les contributions de **MARIE-PAULE BELOT**, ASSAD 25

LESLIE BELTON, Sociologue

MAX ROUSSEAU, Chargé de projet de 2009 à 2010

CAROLINE GUILLOT, Sociologue

PASCALLE BINNIÉ, Assistante de l'IVM

NADÈGE FAUL, Mu by Peugeot

Édition :

IVM avec le concours de

SYLVAIN ALLEMAND, journaliste et essayiste.

Conception graphique :

SHANNON/DESIGNDEPT

L'institut pour la ville en mouvement/PSA Peugeot Citroën

L'Institut pour la ville en mouvement, créé en 2000 par PSA Peugeot Citroën, contribue à l'émergence de solutions innovantes pour les mobilités urbaines. Il associe des représentants du monde de l'entreprise, des chercheurs et des universitaires, des acteurs de la vie culturelle et associative, des responsables des villes, autour de recherches-actions.

Il s'est donné pour mission de tester des solutions concrètes, de permettre les comparaisons internationales, de recenser les approches urbanistiques et architecturales les plus originales. Il mobilise des experts et des compétences pluridisciplinaires, diffuse les connaissances et sensibilise l'opinion aux enjeux que représentent les mobilités pour les sociétés contemporaines.

Les travaux de l'IVM sur la mobilité et le travail

ERIC LE BRETON, Domicile-travail. Les salariés à bout de souffle, Les carnets de l'info, 2008.

ERIC LE BRETON, Bouger pour s'en sortir. Mobilité quotidienne et intégration sociale, Armand Colin, 2005.

JEAN-PIERRE ORFEUIL, Mobilités urbaines. L'âge des possibles, Les carnets de l'info, 2008.

FRÉDÉRIC DE CONINCK, JEAN-PIERRE ORFEUIL, MICHEL FAVY, Les métiers du mouvement et l'économie de la ville, séminaire de la Chaire IVM, 2007.

FRÉDÉRIC DE CONINCK, LESLIE BENTON, La ville à domicile cahier n°1, 2011.

INSTITUT

CITY ON THE

à domicile

à domicile

la ville à domicile CITY AT HOME

ville-en-mouvement.com
vilmouv@vilmouv.com