

NOUVEAUX MÉTIERS, NOUVEAUX PROBLÈMES, NOUVELLES PRATIQUES ERGONOMIQUES

VISSAT MICHEL

Service Interentreprises de Médecine du Travail de Roanne
11 petite rue des Tanneries 42335 Roanne cedex, France,
simtr.viossat@wanadoo.fr

GEROISSIER ELIANE

Service Interentreprises de Médecine du Travail de Roanne

Résumé

Le maintien à domicile d'un nombre croissant de personnes de plus en plus âgées, tend à se développer d'une part pour des raisons économiques (coût moins élevé) et d'autre part pour des raisons humaines (maintien dans le cadre de vie) malgré des pathologies et handicaps importants. Ce maintien à domicile constitue le travail de nombreux intervenants avec des actions de plus en plus variées et des préoccupations spécifiques. La recherche de solutions pour améliorer les situations de travail de ces divers intervenants va réclamer de mobiliser des réseaux d'acteurs diversifiés (personnels soignants, gestionnaires du maintien à domicile, architectes, organismes de financement du logement social...) pour prendre en compte l'éclatement spatio-temporel de ce travail et l'éclatement des lieux de décision, et intégrer la notion que le lieu de vie de la personne âgée est le lieu de travail des aides à domicile.

Mots clés : Évolution démographique - Aide à domicile - Construction de l'intervention ergonomique

NEW PROFESSIONS, NEW PROBLEMS, NEW ERGONOMIC PRACTICES

Abstract

In spite of important pathologies and handicaps, the home maintenance of more and more aged people is increasing in number and is developing. In one hand for economical reasons (less expensive) and in the other hand for human reasons (keeping in their usual environment). This home maintenance constitutes the work of numerous intervening actions that are more and more varied, and specific pre-occupations. The research to improve the diverse intervening working solutions needs the mobilization of a network of different players (health care workers, home maintenance managers, architects, financement from social lodging organisations, etc) to take into account the spatio-temporal explosion of this job and areas for decision-making, and to integrate the notion that the living place for the elderly is the working place for home care workers.

Keywords: Demographic evolution, home care workers, the elaboration of the ergonomic intervention.

L'évolution démographique et les modifications dans le système de distribution des soins avec le raccourcissement des durées d'hospitalisation pour des raisons économiques et le retardement de l'entrée en maison de retraite pour des raisons humaines, (conservation de son cadre de vie à la personne âgée) amènent le développement rapide des services d'aide ou de soins à domicile.

Des métiers nouveaux apparaissent (portage de repas à domicile par exemple, animatrice à domicile, agent de service et aide à la manutention) d'autres se trouvent de plus en plus nombreux (aides familiales, aides soignantes, infirmières à domicile...). Une large majorité est constituée de personnel féminin.

Au total ce sont plusieurs milliers de salariés qui sont concernés en France. Sur notre région, ce sont 400 à 500 salariés d'associations de services à domicile plus les intervenants libéraux.

Les quelques travaux déjà menés dans le domaine (1) E. Cloutier et B. Dubucs – (2) M. Rocher - Groupe Epidémiologie ASMT-CISME montrent l'existence de risques pour la santé de ces personnes, risques importants d'accidents du travail et de pathologie chronique tant sur le plan physique (problèmes ostéo-articulaires) que psychique.

Notre Service de Médecine du Travail a été confronté à ces problèmes de pathologies des intervenants à domicile et à la question de l'échec des tentatives de prévention menées antérieurement, notamment par la formation Gestes et postures.

Ceci nous a amené à conduire une analyse ergonomique de l'activité de certaines professions (aides soignantes et infirmières...).

Dans cette communication, nous allons présenter certains résultats qui posent des problèmes nouveaux à l'intervention ergonomique (éclatement spatio-temporel du travail et éclatement des lieux de décision et prescription). Ensuite nous présenterons les axes méthodologiques de la poursuite de ce travail.

ÉCLATEMENT SPATIO-TEMPOREL DU TRAVAIL

Éclatement spatial

Les lieux de travail de ces aides à domicile sont multiples au cours de la journée et variables d'un jour à l'autre ; ainsi une aide soignante (A.S.) à temps complet visite 15 à 18 personnes sur la journée et une infirmière (I.D.E.) à temps complet 32 à 35 personnes par jour, ce qui les amène à de nombreux déplacements en voiture qui représentent une proportion importante de la journée et constituent un facteur perturbateur du planning par les retards qui peuvent survenir (travaux, manifestations...). En soi, cette activité de déplacements est un travail avec ses règles (Code de la Route) ses apprentissages (connaissance de la ville pour élaborer un itinéraire et le planning des soins) et ses régulations permanentes (aléas de circulation, intempéries, problèmes de stationnement...) aboutissant à une réorganisation des itinéraires voire du planning de travail.

La nature des lieux d'intervention est aussi variable : domicile, maison de retraite, centre de soins.

Chaque lieu est différent avec des règles différentes et des conditions de travail variées :

- à domicile, il faut respecter l'environnement du patient et il n'est pas toujours possible de l'adapter pour travailler plus aisément.
- en maison de retraite ou en centre de soins, ce sont les règles du collectif de travail qui sont prioritaires.

Les conditions d'intervention dépendent de l'accessibilité du lieu (interphone, présence ou non d'un ascenseur, chien plus ou moins méchant) et son aménagement intérieur (aménagement et taille de la chambre, existence ou non, taille et équipement de la salle de bain) et des habitudes de la personne aidée (peur de la douche).

Éclatement temporel

Sur le plan temporel, il existe une variabilité des horaires de travail :

- amplitude de la journée de travail avec des journées qui commencent tôt (7 h le matin) et peuvent finir soit en fin de matinée (11 h30), soit revenir en fin d'après-midi et finir à 20 h 30 en principe ;
- à ces horaires théoriques, s'ajoute une variabilité des heures réelles avec arrivée en avance le matin pour préparer la tournée de soins (en général 15 mn) et une heure de fin de travail plus ou moins aléatoire avec des dépassements pouvant atteindre 45 mn. Cette variabilité du temps de travail réel est liée essentiellement à la variabilité des temps d'intervention chez les patients.

Ce temps n'est pas proportionnel à la nature technique du soin mais dépend d'événements imprévisibles : variabilité de l'état du patient, sollicitations du patient (essayer des chaussures) ou de son environnement familial (besoin de réconfort, communication, parfois agressivité) et de la réalisation des tâches. Parfois enfin, l'IDE ou l'AS « prend son temps » chez un patient avec qui les relations sont agréables pour « souffler un peu ». Cet éclatement temporel génère une activité de régulation qui est aussi un travail en soi, avec des règles (respecter les horaires de certains soins), des savoir faire (gérer la relation avec le patient, évaluer son état) des contraintes (prise de décisions rapidement et sans aide extérieure). De plus, ce travail éclaté doit être recomposé par le collectif pour réaliser une prestation coordonnée et homogène auprès de la personne aidée. Ceci constitue aussi un vrai travail qui nécessite en particulier des modalités d'échanges d'informations assez complexes.

ÉCLATEMENT DES LIEUX DE DÉCISION ET DE PRESCRIPTION

Diversité des prescriptions

Pour l'essentiel, ce travail est prescrit (au sens médical du terme) par des médecins généralistes ou par les services hospitaliers suivant des modalités qui échappent aux services intervenants à domicile. La date de début des soins est définie sans concertation avec le service d'aide à domicile par le service hospitalier ou le médecin traitant en fonction de ses critères propres. Le contenu des soins paramédicaux fait entrer ceux-ci dans telle ou telle case d'une nomenclature. Cette nomenclature et la cotation financière qui en découle sont décidées dans des structures administratives nationales au terme de négociations qui ne reposent pas sur l'activité réelle mais sur des équilibres financiers.

Le travail est aussi prescrit (au sens ergonomique du terme) par des textes réglementaires qui sont calqués sur l'approche hospitalière. Ces textes définissent ce que doit faire et ce que peut faire légalement chaque catégorie d'intervenants. Ces prescriptions générales vont être la base de l'organisation concrète du travail quotidien par la coordinatrice qui répartit les tâches en fonction du nombre de patients, de leur localisation, de l'évaluation des besoins du malade qu'elle a faite, de l'effectif disponible. Enfin sur le terrain, le malade ou son entourage familial formule des demandes, ou l'intervenant va moduler le contenu de son activité en fonction de sa propre perception des besoins du malade (ce que F. Six appelle les prescriptions remontantes).

Au total, il s'agit de faire la synthèse de prescriptions de nature médicale, administrative, économique, relationnelle qui peuvent être divergentes (par exemple : répondre à la demande du patient sans y consacrer un temps excessif par rapport à la rémunération des actes) et donc élaborer et gérer des compromis parfois coûteux pour la santé (par exemple : sécurité/vitesse).

Diversité des décisions

L'accessibilité et l'aménagement des locaux où se déroule le travail sont décidés par leurs occupants et les locaux ont été conçus comme des lieux de vie et non des lieux de travail pour de nombreux intervenants aux préoccupations spécifiques.

Dès lors, des déterminants essentiels de l'activité (affectation des pièces, aménagement intérieur, acceptation d'outils tels que lit médicalisé, lève-malade) échappent à la capacité de décision des dirigeants de ces centres de soins ou services d'aide à domicile.

Concernant l'affectation des pièces, c'est le cas d'un patient âgé, atteint de la maladie d'Alzheimer ; il pèse 70 kgs, donc pas très lourd mais ne bouge pas et est hypertonique ; le lit médicalisé est installé dans la salle à manger, spacieuse et peu encombrée et la toilette du patient est faite au lit. Pour l'aménagement intérieur, c'est le cas d'un autre patient âgé, un peu autonome puisqu'il marche mais dont l'état de santé se dégrade (des difficultés à se déplacer et à parler). Habituellement quand il va bien il est douché au rez-de-chaussée mais du fait de son état, la toilette est faite maintenant au lavabo de la salle de bain, très petite et équipée de baignoire. Enfin concernant l'acceptation d'outils, le cas de Mme X. patiente atteinte d'une maladie d'Alzheimer, forte (80 kgs) et amorphe. Son conjoint refuse catégoriquement lit médicalisé et lève-malade ; la toilette est faite au lit (lit bas et bassine posée sur une table à roulettes très basse) et le transfert du lit au fauteuil roulant se fait avec le conjoint âgé et très exigeant sur l'installation dans le fauteuil, l'habillement pouvant générer des manutentions supplémentaires.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES DE L'INTERVENTION ERGONOMIQUE

L'analyse de l'activité

Un 1^{er} problème est lié au fait d'avoir à accéder à un lieu privé pour pouvoir observer l'activité : il faut avoir l'accord du patient ou de la famille et essayer de se fondre dans le décor pour ne pas modifier les comportements : les soins nécessitent souvent une proximité physique et psychique de l'intimité du patient

Ensuite se pose la question de la définition des observables avec un déroulement très rapide de l'activité. Dans notre intervention, les informations recueillies concernaient les durées de trajet et d'intervention chez le patient, le contexte d'intervention (accessibilité, configuration et

équipement des locaux, l'état du patient et l'environnement familial) les postures pénibles, les échanges verbaux (volume et nature), les prises d'informations visuelles.

Une partie essentielle de l'activité n'est pas observable et ne peut être abordée en présence du soigné ou de sa famille. Il faut donc procéder à des verbalisations consécutives, soit immédiatement après dans la voiture avec les A.S., soit en différé avec les IDE car le temps de conduite est employé à des activités de préparation mentale du soin suivant. Se pose le problème de trouver un moment assez proche pour conserver la mémoire de ce qui s'est passé, sans allonger leur journée de travail de façon excessive.

Enfin, l'analyse porte sur les intervenants d'une structure de soins à domicile, avec son histoire, auprès de certains patients à un moment donné. Quels enseignements peut-on en tirer qui soient utiles et pertinents dans d'autres structures, avec d'autres acteurs ? Cette question se pose par rapport à la recherche de solutions.

La recherche de solutions

Nous avons vu que des facteurs déterminants des structures de soins à domicile relèvent d'acteurs externes aux services d'aide à domicile : hôpital, médecins de ville, commission de nomenclature et négociations nationales, architectes... L'évolution de la situation de travail passe donc par ces acteurs chacun en ce qui les concerne et nécessite de les sensibiliser. Encore faut-il les alerter sur des problèmes représentatifs de la profession.

Pour notre part, nous avons fait le choix de construire un groupe de travail que nous avons appelé groupe de pilotage. Ce groupe réunit des représentants de tous les services d'aides à domicile de l'agglomération (professionnels et administratifs), un représentant du Service Prévention des accidents du travail de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, un représentant du Service de Médecine du Travail, un architecte d'un organisme de réhabilitation de logements anciens et les ergonomes.

Ce groupe de pilotage a pour mission de constituer un lieu d'échanges entre professionnels, un lieu de diffusion d'informations et de définition d'axes de travail.

Parmi les axes de travail retenus, il y a l'analyse des problèmes de sécurité au travail (accidents de travail et de circulation), l'analyse ergonomique de l'activité de divers métiers du secteur (aides soignantes, infirmières, aides familiales, aides à domicile...) la coopération avec les architectes sur un programme de réhabilitation de logements anciens, la diffusion d'informations sur les groupes de paroles ou groupes d'analyse de la pratique initiés par certains services, et enfin la diffusion des travaux de ce groupe auprès d'instances associatives ou politiques en vue de les sensibiliser aux conditions réelles d'exercice de ces professions des services à la personne.

D'autres axes ont été identifiés mais n'ont pu être poursuivis faute de moyens, notamment en ce qui concerne la conception de mobilier, de matériel de soins à domicile (lit, lève-malade) ou de moyens de déplacements pour les tournées.

En conclusion, les conditions nouvelles d'exercice de métiers anciens (aides soignantes, infirmières...) dans des conditions nouvelles (éclatement spatial et temporel) de l'intervention à domicile mobilise de la part de ces professionnels des savoir faire nouveaux pour élaborer en permanence des compromis entre des exigences divergentes, voire contradictoires des divers prescripteurs du travail. Ces contraintes s'appliquent aussi à l'ergonome qui pour comprendre ces travaux, va devoir élaborer à son tour des compromis (profondeur d'analyse

↔ représentativité de la situation) et des stratégies de transformation innovantes pour agir sur les déterminants externes aux structures de décision auxquelles il a habituellement accès.

BIBLIOGRAPHIE

Cloutier, E., David, H., Prévost, J., Teiger, C., (1998). *Santé, sécurité et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile*. Québec : IRSST. Rapport R-202, Octobre 1998.

(1) Cloutier, E., Dubucs, B., (1994). *Etude du travail réel des aides-soignantes à domicile*. Arch. mal. prof., 1994, 55, n°4. pp. 269-277.

Eudes, I., (1999). *Soins à domicile. En avant vers le futur*. L'infirmière Magazine n°140. Juillet-Aout 1998. p.18.

(2) Groupe Epidémiologie du département ASMT du CISME (1999). *Le travail d'aide aux personnes âgées*. Document n°17/1999. Paris : DOCIS.

Puyo, J-P., *Des situations de travail aux situations de vie : des transferts possibles au profit d'une autonomie au domicile des personnes âgées dépendantes ?* Université Paris 1. DESS « Ergonomie et Conception des Systèmes de production ».

Presseq, Ph., Bardouillet, MC., (hiver 1998-1999). *Travailler auprès des personnes âgées*. Communication du Groupe Epidémiologie du Département ASMT du CISME. Hommes et Travail Santé. n°16.° Paris : AIPPS.

Rocher, M., (1990). *Les conditions de travail des infirmières et aides-soignantes à domicile*. Paris : INRS. Travail et Sécurité n°12, décembre 1990. pp. 678-692.

Toucheboeuf, C., (1999). *Centre de Soins Infirmiers. Concilier missions et gestion*. L'infirmière Magazine n°140. Juillet-Aout 1998. p. 20

Villatte, R., (1998). *L'importance des échanges verbaux dans la relation soigné/soignant : conséquence sur le risque manutention des malades*. Hambourg :

Communications 2^{ème} colloque International « Pathologies Lombaires dans les professions de soins », 10-11 septembre 1998.