Santé au travail et prévention des risques professionnels dans les associations d'aide à domicile

Annie DUSSUET [1]

On s'intéresse ici à la santé au travail et à la prévention des risques professionnels dans l'aide à domicile. On montre d'abord les difficultés d'émergence de cette question à la fois du fait qu'il s'agit d'emplois féminins dérogeant aux normes du salariat classique, et du fait que le travail réalisé est un travail « de femme », largement invisible, ce qui tend à en occulter les risques. La santé au travail est pourtant porteuse de multiples enjeux sociétaux, bien sûr pour les salariées du secteur, mais aussi du point de vue des employeurs et des organismes de protection sociale. On cherche ensuite à identifier des leviers d'action dans ce domaine en soulignant les limites des outils de protection classiques et en montrant comment l'identification des « risques psychosociaux » pourrait ici lever l'invisibilité sur le travail et fournir des pistes d'amélioration des conditions de travail.

Les services qui consistent en « prendre soin » d'autrui, souvent dénommés aujourd'hui services de *care*, ont connu un développement important dans les années récentes en France comme dans les autres pays européens, sous des dénominations diverses : aide ménagère, aide à domicile, services de proximité, services à la personne, aide familiale, etc. Sous l'effet du vieillissement de la population et d'une orientation des politiques gérontologiques tendant à maintenir les personnes âgées dans leur propre logement « le plus longtemps possible », ces services d'aide délivrés directement à domicile seront encore amenés à croître dans les années à venir. L'analyse prospective sur les métiers de la Dares prévoit la création de 156 000 postes

1. Centre nantais de sociologie (CENS).

d'aides à domicile [2] entre 2010 et 2020 (Lainé, Omalek, 2012). Dans ce contexte, prévenir les difficultés de recrutement prévisibles (Chardon, Estrade, 2007) impose de s'intéresser à la fois aux formes d'emploi qui sont développées dans ce secteur et aux caractéristiques des salariés qui y sont employés. Ceux-ci sont quasi exclusivement des femmes : plus de 98 % des intervenantes [3] au domicile de personnes fragiles, selon l'enquête réalisée en 2008 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees ; Marquier, 2010a). C'est aussi une population vieillissante, les trois quarts d'entre elles ont plus de 39 ans (Marquier, 2010a), et l'on sait de plus que, cette génération de femmes ayant souvent connu une vie professionnelle marquée par la discontinuité, elles devront prolonger leur activité jusqu'à un âge avancé pour constituer leurs droits à pension (Doniol-Shaw, Lada, Dussuet, 2007).

Or les signes d'une dégradation de la santé de ces salariées se multiplient actuellement, tant au niveau national, du côté des organismes de prévention dont les indicateurs atteignent des seuils alarmants, que du côté des organisations d'aide à domicile – il s'agit pour l'essentiel d'associations loi 1901 – qui voient monter l'absentéisme et les déclarations d'inaptitude. La question se pose donc de comprendre les facteurs de cette évolution en même temps que de trouver des pistes pour améliorer la prévention.

Nous tenterons ici d'apporter quelques éléments de réponse en mobilisant pour cela les données obtenues à travers divers travaux de recherche empiriques menés sur ce secteur depuis le début des années 2000 (Dussuet, 2005), et de façon plus directe celles provenant d'une part du programme Santé et organisation du travail (Sorg) sur les liens entre la santé et les formes d'organisation du travail, financé par l'Agence nationale de la recherche entre 2006 et 2009, pour la partie concernant deux grandes associations de services à domicile (Dussuet, Noguès, 2009), et d'autre part celles provenant d'une recherche effectuée en 2007 pour le Service des droits des femmes et de l'égalité (Doniol-Shaw, Lada, Dussuet, 2007) sur les parcours professionnels des femmes dans les métiers de l'aide à la personne. Nous utiliserons aussi les premiers résultats d'une enquête en cours, financée par la Chambre régionale de l'économie sociale et solidaire (Cress)

2. Il existe aujourd'hui quatre niveaux de qualification pour les intervenantes à domicile exerçant dans les associations :
- le niveau A « agent à domicile » (AAD), accessible sans diplôme ni formation particulière ;
- le niveau B « employé à domicile » (EAD), accessible avec un CAP ou un BEP (diplôme EN) ou un BEPA services aux personnes (ministère de l'Agriculture), ou encore le titre assistante de vie (ministère du Travail, préparé en formation continue par l'Association pour la formation professionnelle des adultes – Afpa) ;
- le niveau C « auxiliaire de vie sociale » (AVS), accessible avec l'ancien Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (Cafad ; formation en cours d'emploi), ou, depuis 2002, le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), préparé en formation initiale ou obtenu par la validation des acquis de l'expérience (VAE) ;
- le niveau D « technicien(ne) d'intervention sociale et familiale » (TISF) ; ces techniciennes ont remplacé depuis 1999 les « travailleuses familiales ».

3. C'est pourquoi on transgressera ici la règle grammaticale en utilisant le féminin pour les désigner.

des Pays de la Loire, portant sur les stratégies des organismes associatifs d'aide à domicile au début des années 2010.

Nous montrerons ainsi d'abord les difficultés à faire émerger la question de la santé au travail dans l'aide à domicile du fait du caractère atypique des emplois qui s'y sont développés, du fait surtout de l'invisibilité de ce travail « féminin » et des compétences nécessaires pour le réaliser (I). Mais nous verrons aussi comment l'impact de ce travail sur la santé des salariées est porteur d'enjeux majeurs pour l'ensemble de la société (II). Nous tenterons enfin d'identifier des leviers d'action dans ce domaine, en montrant que la problématique de la santé au travail, parce qu'elle impose une « visibilisation » des facteurs de risque et par là, une certaine reconnaissance de la réalité du travail effectué, peut contribuer à l'amélioration des conditions de travail et d'emploi dans le secteur (III), à condition que les partenaires sociaux [4] s'en saisissent.

I. L'émergence difficile de la question de la santé au travail dans l'aide à domicile

Il faut d'abord souligner les difficultés d'émergence de la problématique de la santé au travail dans l'aide à domicile. Bien que les emplois soient légalement des emplois salariés, leur caractère atypique les situe hors du droit commun, contribuant ainsi à occulter les risques encourus. Mais ce sont aussi les spécificités de ce travail « de femme » qui, en le rendant invisible, le dénient comme travail, permettant ainsi d'éluder cette question.

I.1. Un secteur d'emplois féminins atypiques aux marges de la société salariale

Dire que les emplois dans l'aide à domicile sont des emplois féminins peut apparaître comme un simple constat de fait, mais il nous faut aller plus loin. Ces emplois peuvent aussi être qualifiés d'« emplois de femme », tant ils se distinguent de l'idéal-type de l'emploi « fordiste » construit à partir de secteurs industriels masculins dans les années d'après-guerre. Même si la plupart des contrats sont des CDI, ils font apparaître des dimensions « féminines » de précarité (Dussuet, 2001) : contrats multiples avec des employeurs différents, temps partiel (Angeloff, 2000) et faible reconnaissance de qualification induisant des salaires très faibles, souvent inférieurs au Smic [5]. Ces emplois ont donc longtemps été inconcevables pour des salariés masculins, mais communément jugés acceptables pour des femmes dans une perspective implicite de salaire d'appoint.

4. Au niveau de la branche professionnelle de l'aide à domicile, syndicats de salariés et fédérations d'associations employeuses ont largement entamé aujourd'hui ce travail, mais il reste encore à en diffuser les implications au niveau des associations locales.
5. Le salaire médian des intervenantes au domicile de personnes fragiles était en 2008 de 832 euros nets mensuels (Marquier, 2010a).

Les employeurs sont aussi très atypiques : sur 515 000 intervenantes à domicile auprès de personnes fragiles dénombrées par l'enquête de la Drees en 2008, 24 % sont employées directement par les particuliers qui utilisent leurs services, 37 % par des organismes prestataires, le plus souvent de forme associative, et 39 % de façon mixte, sous ces deux modes ou bien par un organisme mandataire (Marquier, 2010a).

Tout cela explique sans doute que ces emplois soient restés à l'écart des avancées en matière de protection des salariés et de leur santé qui sont intervenues par ailleurs. Ainsi, alors que la responsabilité de l'employeur quant à la préservation de la santé de ses salariés constitue un principe de base du droit du travail en France, dans l'aide à domicile, les positions respectives d'employeur et de salariée sont largement euphémisées. Sans doute en partie pour cette raison, les règles dérogent au droit commun et s'avèrent moins protectrices des salariées.

Lorsqu'elles sont en emploi direct, ces salariées sont aujourd'hui le plus souvent [6] rémunérées grâce à des chèques emploi service universels (Cesu). De ce fait, parce que le versement du salaire prend l'apparence du paiement d'une prestation de service, la conscience même d'être employeur est souvent absente chez ces particuliers employeurs, l'idée (fausse) commune étant plutôt qu'ils rémunèrent à travers ce chèque une prestation de travail indépendant. Il faut aussi rappeler que le droit a longtemps tenu les salariées employées comme « domestiques » à l'écart du droit commun applicable au travail (Fraisse, 1979), les privant des avancées obtenues par le mouvement ouvrier. Ce n'est qu'en 1923 que la loi de 1898 sur les accidents du travail leur a été applicable (Martin-Huan, 1997) et les « employées de maison », ainsi qu'elles sont désormais dénommées, ont dû attendre 1982 pour bénéficier de l'extension de la convention collective nationale signée en 1980 (Lecomte, 1996). Concernant la protection de leur santé, le changement est encore plus récent : le suivi de leur santé par les services de médecine du travail n'est obligatoire que depuis 2011 [7] et l'application de cette disposition reste aujourd'hui encore bien incertaine.

On pourrait penser que les salariées d'organismes associatifs prestataires bénéficient du droit commun, mais il faut pourtant, là aussi, souligner les spécificités de leur situation. Dans bien des cas, tendues vers les objectifs humanistes d'aide aux personnes en difficulté qui ont motivé leur création, les associations peinent à se considérer elles-mêmes comme des employeurs. La coexistence en leur sein de formes de travail bénévole

6. Selon les dernières analyses de la Dares, pour l'ensemble des services à la personne en 2010, « le recours des particuliers employeurs au chèque emploi service universel (Cesu) pour rémunérer leurs salariés poursuit sa progression : 78 % des particuliers employeurs l'utilisent mi-2010, contre 76 % mi-2009 et 56 % mi-2002 » (Ould Younes, 2012).
7. Encore a-t-il fallu un arrêt de la Cour de cassation pour préciser que, contrairement à ce que prévoyait la convention collective, cette obligation concernait aussi les salariées à temps partiel (arrêt n° 10-14284 du 28 septembre 2011).

et salarié (Dussuet, Flahault, 2010) tend à accentuer ce trait et à renforcer la référence à des règles informelles *ad hoc* (Dussuet, Lauzanas, 2007) plutôt qu'au droit du travail. Ainsi que le remarque un médecin du travail rencontré :

« Ce qui pèse, c'est le contexte historique de la structure : autrefois, c'étaient des bénévoles qui se chargeaient de l'action sociale sur la commune, on embauchait les femmes pour faire du ménage, nécessiteuses, ou veuves, qui avaient des problèmes, on ne tenait pas compte de leur formation, c'était *a priori* seulement du ménage, pas du maintien à domicile avec des soins médicaux. C'était du travail domestique, banal donc. Mais là, ça a évolué, on fait du maintien à domicile de gens qui ont des pathologies lourdes, ce ne sont pas uniquement des travaux ménagers. Je pense que certains bénévoles commencent à en prendre conscience, certains… »

De plus, de nombreuses associations n'atteignent pas la taille critique les obligeant à organiser des institutions représentatives du personnel ; seules les plus grandes [8] disposent d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). De façon plus générale, on peut souligner que la question même de l'organisation du travail tend à rester traitée sur le mode de l'évidence, concernant des tâches considérées comme ordinaires, réalisées par des salariées isolées dans des espaces privés inaccessibles à un regard extérieur. C'est pourquoi, même si elle n'est pas toujours connue et respectée, et même si elle est jugée inadaptée aux spécificités de l'aide à domicile par certains responsables, l'obligation, applicable à tous les établissements de plus de 20 salariés depuis 2002, d'établir un « document unique d'évaluation des risques professionnels » a joué un rôle important, en contraignant même les petites organisations à se poser la question des risques encourus par leurs salariées.

Ainsi dans la plupart des organisations rencontrées, les responsables semblent prendre conscience de l'impact des conditions de travail offertes dans l'aide à domicile sur la santé de leurs salariées.

I.2. Des facteurs de risque non identifiés car participant d'un travail « de femme », invisible socialement

Mais le travail d'aide à domicile, parce qu'il est constitué de tâches perçues comme « naturellement » effectuées par les femmes dans la sphère privée, tend à disparaître lui-même comme travail. Du fait de cette invisibilité constitutive, certaines dimensions du travail, constituant pourtant des facteurs de risque, ne sont pas identifiées comme tels.

Il faut d'abord rappeler cette évidence, trop souvent oubliée, que les intervenantes à domicile sont obligées de se déplacer pour effectuer leur

8. Obligatoire pour les établissements de plus de 50 salariés depuis 1982.

travail. Un premier facteur de risque est constitué par ces déplacements qu'elles effectuent le plus souvent avec leur propre véhicule en milieu rural ou dans les petits centres urbains, à pied ou par les transports en commun dans les villes plus importantes. C'est alors la non-prise en compte de ces contraintes de déplacements dans le temps de travail et dans les plannings [9] qui devient facteur de risque, à travers la fatigue et la pression qu'ils imposent. Ainsi pour cette employée à domicile (EAD ; voir note 2, p. 78) qui travaille en milieu rural :

« C'est calculé un quart d'heure entre les deux interventions. Si ça fait plus loin, il faut s'arranger pour que ça fasse un quart d'heure aussi, 20 minutes maximum. Parfois, c'est juste : en 20 minutes, il faut pas perdre de temps, surtout sur des petites routes de campagne ».

Une autre caractéristique essentielle du travail de service à domicile est de s'exercer de façon isolée auprès de bénéficiaires parfois très vulnérables. Les intervenantes rencontrées relatent quasiment toutes des situations où elles ont dû « faire face », c'est-à-dire improviser en situation et sans bénéficier d'un quelconque soutien de leurs collègues ou de leur hiérarchie. Il peut s'agir par exemple de malaises ou de difficultés de santé des personnes aidées, de leurs réactions parfois surprenantes quand elles sont atteintes de troubles mentaux, sans oublier la confrontation à la mort à laquelle sont exposées ces salariées quand elles interviennent chez des personnes en fin de vie. Il leur faut donc, en plus des tâches matérielles, réaliser ce travail de « gestion de la relation » avec les personnes aidées. Outre la charge émotionnelle qu'il implique, celui-ci peut aussi se révéler dangereux, les agressions physiques n'étant pas exceptionnelles à l'égard de ces salariées pénétrant dans un espace intime où elles sont parfois perçues comme des intruses. Toutefois, la plupart du temps l'agressivité est surtout verbale (Bué, Sandret, 2007), ainsi que l'explique cette auxiliaire de vie sociale (voir note 2, p. 78) :

« Ce n'est pas agressif : des coups, c'est verbalement… Une autre fois elle va me dire : "C'est super, je suis contente de vous avoir". Il faut arriver à gérer, se dire : "Elle dit ça parce qu'elle n'est pas bien" ».

Le problème est alors essentiellement celui de la conservation d'une distance protectrice. Mais la plupart des intervenantes évoquant ce type de situations disent à la fois le stress qu'elles ont provoqué pour elles et leur crainte d'une réitération.

9. Lorsque les salariées sont employées « en prestataire », c'est-à-dire par une organisation, le plus souvent associative, leurs déplacements entre lieux d'intervention sont défrayés (ce qui n'est pas le cas pour celles qui travaillent en mandataire ou en emploi direct) tant que le délai entre deux interventions n'excède pas une durée fixée par la convention collective ou par accord d'entreprise. Pour les organisations employeuses, la gestion de ces temps de déplacement constitue donc un enjeu crucial à la fois en termes financiers et de santé au travail.

Ainsi, même s'il est apparemment constitué de tâches ménagères très ordinaires [10], le travail d'aide à domicile ne s'y résume pourtant pas. Il est aussi un travail du « prendre soin » qui suppose que ces salariées « personnalisent » leur activité, quelle que soit la dénomination qu'on leur attribue et la qualification qu'on leur accorde. Les tâches concrètes à réaliser doivent être adaptées aux besoins singuliers des personnes aidées dans une perspective de préservation de leur autonomie. Cela oblige parfois les intervenantes à effectuer différemment les tâches ménagères qu'elles réalisent conjointement aux tâches d'accompagnement, comme par exemple utiliser un balai au lieu d'un aspirateur pour pouvoir discuter avec la personne aidée tout en nettoyant, ou bien encore laisser faire la personne aidée, plutôt que faire à sa place, des tâches simples de préparation culinaire pour lui permettre de conserver ses habitudes.

Ce travail-là, qui ne se manifeste pas par des gestes et peut même se traduire par une « abstention de faire » est particulièrement imperceptible. Il n'est pourtant pas exempt de risque, ne serait-ce que parce que les personnes aidées ou leur entourage peuvent se méprendre sur l'attitude adoptée par la salariée : lorsqu'elle passe du temps à bavarder, s'agit-il de travail… ou de paresse ? ne cherche-t-elle pas plutôt à éviter des « corvées » ? Les intervenantes ont alors à se défendre du soupçon et à faire valoir leur conception de l'aide, qui ne correspond pas toujours à ce qui est réclamé par la personne elle-même ou par son entourage :

« Il faut expliquer aux enfants. Eux, ils veulent que tout soit bien mais il faut leur expliquer que ce n'est pas forcément ce que veulent les parents. Ce n'est pas parce qu'ils ont une maison nickel qu'ils sont bien. Donc il faut de la diplomatie » (auxiliaire de vie sociale).

Au total, c'est un véritable travail de « gestion des sentiments » (Hochschild, 2002) qui est, de fait, réclamé des intervenantes : elles doivent en effet à la fois manifester leur « attachement » à la personne aidée, tout en maintenant une distance leur permettant de se protéger elles-mêmes dans toutes sortes de situations où leurs affects sont mobilisés.

Restant dans l'ombre, ce travail n'est pas toujours perçu et reconnu, ni par les personnes aidées, ni par l'entourage, ni parfois par les intervenantes elles-mêmes, qui ne voient là que du « naturel ». Cette absence de reconnaissance du travail liée à son invisibilité constitue un risque car elle empêche les salariées de donner un sens positif à leur travail et la pénibilité est davantage ressentie. À l'inverse, les entretiens réalisés montrent à quel

10. L'enquête de la Drees de 2008 montre que, même si leur « cœur de métier » consiste dans l'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne (aide à l'habillage, pour aller aux toilettes, faire la toilette et assurer l'hygiène, aide à la prise des repas, aux déplacements dans le logement et aide au coucher ou au lever du lit), elles n'effectuent pas toutes ces tâches, alors que « la quasi-totalité (97 %) des aides à domicile font le ménage ou la vaisselle pour les personnes chez qui elles interviennent et 62 % le font tous les jours voire plusieurs fois par jour » (Marquier, 2010b).

point cette dimension de reconnaissance joue un rôle important pour les intervenantes :

« Avant d'intervenir auprès de personnes âgées, j'ai failli arrêter, j'aidais beaucoup des mamans enceintes, j'en avais marre, je me sentais bobonne, alors que là je me retrouve, j'adore… Si je n'aime pas, moi, ça ne va pas, il faut que ça serve à quelque chose ce que je fais. […] La personne malade… elle ne peut pas faire, donc je fais à sa place, c'est pourtant le même boulot, mais c'est plus revalorisant. […] C'est pareil, mais dans la tête, c'est pas : "On ne nous considère pas" » (auxiliaire de vie sociale).

Le travail des aides à domicile est donc porteur de risques importants pour leur santé, tant physique que psychique. Pourtant, parce qu'il est effectué par des femmes, sur le mode de l'évidence ordinaire [11], ces risques sont restés, eux aussi, largement invisibles socialement.

II. Des enjeux sociaux multiples

Mais dans la période actuelle, cette situation est en voie de changer. La question de la préservation de la santé au travail des salariées de ce secteur tend à constituer un enjeu social important pour les salariées elles-mêmes et, de plus en plus, pour les institutions de protection sociale et pour les organisations employeuses.

II.1. La santé : un enjeu crucial pour les salariées

C'est d'abord un enjeu crucial pour les femmes employées dans ce secteur, car quelle que soit l'appréciation que l'on peut porter sur la (basse) qualité de ces emplois, ils constituent pour celles qui les occupent une ressource indispensable. De nombreuses salariées sont de fait les seules à apporter un revenu dans leur ménage.

Face à ce constat, dans les années 2000, le secteur associatif pris globalement [12] a tenté d'améliorer les conditions d'emploi de ses salariées à travers deux objectifs principaux : la « professionnalisation » et l'augmentation des durées travaillées. La signature en 2002 d'un accord de branche sur les qualifications et les rémunérations devait permettre, grâce à la création d'un nouveau diplôme, le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) et aux efforts de formation engagés par les organisations, l'accès des salariées

11. Les risques biologiques et chimiques auxquels sont exposées les salariées à travers l'utilisation de produits ménagers et les gestes de nettoyage des objets et des corps sont aussi minimisés du fait de leur caractère banalement quotidien.
12. La grande hétérogénéité des organisations intervenant dans l'aide à domicile, même si l'on ne retient que celles à statut associatif, rend difficiles les généralisations concernant leur position et leur fonctionnement, mais les grandes fédérations nationales Aide à domicile en milieu rural (ADMR), Union nationale de l'aide à domicile (Una), Adessa, Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire-Confédération syndicale des familles (FNAAFP-CSF) ont affiché ces objectifs et nous avons pu observer dans les enquêtes de terrain comment ils étaient repris dans la majorité des associations observées.

à un niveau de rémunération dépassant nettement le Smic. Dans le même temps, de nombreuses associations s'efforçaient de répondre au développement quantitatif du secteur en modifiant le système d'emploi antérieur que l'on peut qualifier d'« extensif », et qui consistait dans l'embauche de salariées toujours nouvelles sur des contrats courts pour satisfaire les nouvelles demandes parvenant à l'association. Elles ont cherché à construire un système d'emploi plus « intensif » avec l'objectif de compléter [13] d'abord les plannings des salariées déjà en emploi mais sur des temps partiels courts, afin de les amener progressivement à des quasi-temps pleins. Ce nouveau modèle devait permettre d'améliorer la qualité des services en même temps que celle de l'emploi.

Mais de façon paradoxale, si ce changement a permis une certaine stabilisation des salariées dans l'emploi, l'allongement tant hebdomadaire que biographique de la durée du travail pose inévitablement la question de l'impact de ce travail (Lefebvre, 2012) sur la santé des intervenantes à domicile. Ce qui devait être une amélioration pour les salariées s'est traduit par une intensification des semaines de travail (Messaoudi, Farvaque, Lefebvre, 2012), induisant une difficulté supplémentaire à « tenir » au travail, notamment pour les salariées les plus âgées. Au cours des entretiens, plusieurs intervenantes à domicile ont évoqué cette crainte de ne plus pouvoir faire face à la charge physique du travail du fait de leur propre vieillissement, du fait du défaut d'équipement dans les logements privés aussi :

« J'aime bien mon travail mais j'ai peur de ne pas y arriver physiquement. À 50 ans… » (technicienne d'intervention sociale et familiale – TISF ; voir note 2, p. 78).

« En vieillissant, je ne sais pas si je pourrai porter les gens comme ça tout le temps. Si on a les appareils, ça va. Mais il faut que les gens soient équipés. Les lits médicalisés, ça nous aide. Nous, on essaie de leur dire que c'est mieux » (auxiliaire de vie sociale).

L'usure physique éprouvée conduit plusieurs d'entre elles à n'envisager que difficilement de prolonger leur activité jusqu'à l'âge de la retraite, d'autant que les exemples qu'elles observent autour d'elles servent de repoussoir :

« Je pense aller à 60 ans. On bouge beaucoup, c'est : monter sur les escabeaux, descendre les escaliers… Je me dis : "Est-ce que je pourrai encore ?" Cela me fait peur et j'aimerais bien prendre ma retraite à 60 ans. C'est mon espoir. Je ne me vois pas faire ce métier jusqu'à 70 ans » (employée à domicile).

« Je serai épuisée avant… C'est un boulot fatigant et je vois X [une autre aide à domicile], elle a 60 ans, elle est dans un état ! […] Moi, je serai usée

13. Il faut relever ici comment l'amélioration des rémunérations des salariées a pu être conditionnée à leur disponibilité pour accepter la flexibilité de leur temps de travail.

avant. Elle a des problèmes de dos. Moi j'ai eu des problèmes de dos à l'usine, j'ai de l'arthrose dans les genoux, parce que je travaillais beaucoup sur les genoux, alors mes rotules sont usées. […] Avant, je ne voyais jamais le médecin et plus ça va, plus je le vois. Je l'ai vu quatre fois au mois de janvier. […] Mon mari me dit : "Tu vieillis mal", il me trouve beaucoup plus fragile que je ne l'ai été, alors je ne sais pas si j'arriverai à tenir jusqu'à 60 ans. Si je peux, je le ferai mais je ne sais pas » (employée à domicile).

Souvent, comme dans cet exemple, les atteintes à la santé proviennent d'emplois occupés précédemment hors du secteur, l'embauche dans l'aide à domicile intervenant dans une deuxième partie de la carrière de ces femmes. Mais c'est aussi, plus généralement, la difficulté accrue des interventions dans des situations de plus en plus perturbées, soit par la maladie, soit par les problèmes sociaux, qui inquiète les salariées. Elles ont pourtant du mal à envisager de changer d'emploi, faute d'alternative crédible :

« Ça m'est arrivé de remplacer mes collègues qui vont le matin, à 6 heures 30, pour s'occuper du petit avant la crèche… On n'a plus trop d'heures quoi, moi, ça ne me dérange pas parce que mes enfants sont grands… mais c'est des horaires… bousculés ! Je ne pense pas que je ferai ça jusqu'à ma retraite, franchement…

- *Q* : Vous avez d'autres idées ?

- *R* : Non, pour trouver du travail, non, je pense que si j'arrêtais l'association B, ce serait vraiment pour arrêter de travailler. […] Je vais dans une famille en remplacement d'une collègue : les parents sont au RMI, il y a quatre enfants, la petite qui a 9 ans fait pipi au lit, et les parents ne changent pas les draps, elle redort… j'ai du mal… non, ça ne passe pas. […] Il y a un temps, peut-être que ça m'aurait… pas rien fait, mais moins, maintenant, je prends les choses plus à cœur, ça me fait mal pour la petite… » (agent à domicile – AAD ; voir note 2, p. 78).

Atteindre l'âge de la retraite en évitant des problèmes de santé majeurs devient l'objectif pour beaucoup d'entre elles et certaines en arrivent à réclamer une baisse de la durée de leur contrat de travail, afin de ménager leur santé et d'envisager plus sereinement la poursuite de leur activité professionnelle, mais évidemment au détriment de leur niveau de revenus :

« Ménage, monter dans la voiture, aller dans une autre maison, descendre, remonter, c'est fatigant. L'année où j'ai commencé à faire mes remplacements, j'ai fait un mois à 35 heures. Je ne vous dis pas dans quel état j'étais à la fin du mois. Je remplaçais les filles qui partaient en vacances, j'étais dans un état lamentable. Sur toutes les filles, il y en a une seule qui fait 35 heures, je ne sais pas comment elle fait pour y arriver. C'est un choix : moi, j'ai signé mon contrat pour 25, souvent je tourne à 28 heures, et franchement, si moi je veux

plus, je leur demande, elles me font un autre contrat, il n'y a pas de problème. Mais je trouve que c'est assez ! » (employée à domicile).

Ainsi pour ces salariées, la question de la santé est suffisamment prégnante pour les contraindre à endosser le « choix » du temps partiel, afin de durer dans l'emploi.

II.2. Des indicateurs d'alerte : la montée de la « sinistralité » dans l'aide à domicile

Elles ne sont pas les seules à observer l'incidence de l'intensification du travail sur leur santé. Les institutions de protection sociale, et tout particulièrement la Direction des risques professionnels de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) s'intéressent de plus en plus au secteur depuis le milieu des années 2000.

Une première étude réalisée en 2008 par la Caisse régionale d'assurance maladie (Cram) du Languedoc Roussillon sur l'année 2006 y faisait apparaître une sur-sinistralité, soit un indice de fréquence de 44 contre 39,4 pour l'ensemble des branches (CNAMTS, 2008). Une nouvelle étude portant sur les services d'aide et de soin à domicile (Sasad) en 2008 montre un indice de fréquence des accidents du travail en augmentation : 47,8 contre 38 pour l'ensemble des secteurs (CNAMTS, 2009). Le taux de gravité de ces accidents du travail est aussi plus élevé qu'ailleurs : 1,76 contre 1,31 (tableau 1). L'étude distingue aussi les organismes suivant leur activité de soin, ou d'aide, et fait apparaître un indice de fréquence encore plus élevé (51,5) pour l'aide que pour les soins (43,9), de même pour le taux de fréquence (36,0 contre 28,2) et pour le taux de gravité (2,15 contre

Tableau 1. Sinistralité dans l'aide à domicile

	2006		2008			
	Service d'aide spécialisée à domicile	Ensemble des branches	Services d'aide et de soin à domicile	Ensemble des branches	Aide	Soin
Indice de fréquence *	44,0	39,4	47,8	38,0	51,5	43,9
Taux de fréquence **					36,0	28,2
Taux de gravité ***			1,76	1,31	2,15	1,45

* L'indice de fréquence des accidents du travail est le nombre d'accidents en premier règlement (ayant entraîné un arrêt de travail d'au moins 24 heures) pour 1 000 salariés.

** Le taux de fréquence des accidents du travail est le nombre d'accidents en premier règlement par million d'heures de travail.

*** Le taux de gravité des incapacités temporaires est le nombre de journées d'incapacité temporaire pour 1 000 heures de travail.

Source : CNAMTS (2008, 2009).

1,45). De façon contre-intuitive, l'activité d'aide apparaît ainsi plus risquée que l'activité de soin, malgré, ou peut-être à cause du caractère très ordinaire des gestes effectués. L'analyse des causes de ces accidents du travail conforte cette idée si l'on considère la banalité des situations qui en sont à l'origine : manutentions (36 %), chutes de plain-pied (32 %). Le risque d'accident de trajet est également présent dans les Sasad, signalant l'importance des déplacements dans les journées de travail, avec un indice de fréquence de 7,5 pour 1 000, plus important que dans l'ensemble des autres secteurs (4,6 accidents de trajet pour 1 000 salariés). Enfin, l'étude recense 916 déclarations de maladie professionnelle en 2008 dans le secteur, dont plus de 90 % sont occasionnées par des troubles musculo-squelettiques (TMS), et en tout premier lieu le syndrome du canal carpien (plus de 40 % des maladies professionnelles). Encore peut-on considérer que ces maladies professionnelles reconnues ne représentent qu'une partie des pathologies occasionnées par le travail, le lien entre conditions de travail et difficultés de santé étant souvent difficile à établir de façon certaine.

Quoi qu'il en soit, ce sont bien sûr les coûts engendrés qui constituent des indicateurs d'alerte pour les organismes de protection sociale : plus d'un million de journées de travail perdues suite à ces accidents du travail au niveau national, 200 0000 pour les maladies professionnelles et 166 000 pour les accidents de trajet. Cela se traduit par une montée des indemnisations versées par la Sécurité sociale : ainsi par exemple, au niveau de la seule région des Pays de la Loire, la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) a déboursé 6,4 millions d'euros en 2011 pour couvrir les risques professionnels des salariées des services à la personne.

Pour les associations employeuses, les problèmes de santé des salariées se traduisent par des difficultés dans l'organisation des services, les contraignant à porter attention à ces questions. D'une part, cela complexifie encore un peu plus la confection de plannings d'intervention déjà fortement contraints, afin d'éviter certaines tâches ou gestes à des salariées en mauvaise santé :

« Nous avons des salariées qui commencent à vieillir : il y en a une qui a glissé sur la berme [lors d'un déplacement], qui a pris peur et nous a envoyé un courrier en disant qu'elle ne pouvait plus conduire la nuit… » (Responsable bénévole).

D'autre part, l'absentéisme qui en découle parfois oblige à gérer de plus en plus de remplacements en urgence :

« La santé au travail, ça nous intéresse, parce qu'on voit bien les problèmes quand il y a un pépin de santé avec une salariée : il faut revoir tous les plannings parce qu'il faut assurer, on tourne 24 heures sur 24, hein, on est en jet continu » (Responsable bénévole).

« Plus les gens ont des soucis de santé et plus c'est des arrêts, ce qui veut dire changement de planning, etc. Est-ce qu'il y a plus d'arrêts maladie, je ne sais pas… Ce qui est sûr c'est qu'il y a plus d'interventions complexes, avec des manutentions… donc des problèmes de dos… » (Cadre salarié).

Enfin, sans qu'il soit possible actuellement de dénombrer les cas et donc d'évaluer leur croissance éventuelle dans la période récente, certains responsables soulignent la fréquence des déclarations d'inaptitude et expliquent la difficulté voire l'impossibilité à reclasser les salariées dans l'organisation. Même si plusieurs d'entre eux soulignent que les pathologies en cause trouvent souvent leur origine dans la vie professionnelle antérieure à l'arrivée dans l'organisation des salariées, la seule issue paraît alors le licenciement :

« J'ai eu plusieurs licenciements pour inaptitude ; l'année dernière, j'ai dû en faire trois, des personnes qui n'ont pas toujours été dans l'association : c'est beaucoup lié à leur métier antérieur, il y avait une coiffeuse, une qui avait travaillé en usine, l'autre je ne sais plus… Mais comme elles arrivent chez nous en dernier… parce qu'une femme, elle peut toujours faire le ménage ! Reclassement = aide à domicile, ça ne pose aucun problème… les médecins ou l'ANPE leur dit : "Vous pouvez être aide à domicile, c'est pas compliqué d'être aide à domicile". Alors que c'est un métier complexe, très dur… Ce n'est pas la médecine du travail, mais les médecins de la Sécu… » (Responsable bénévole).

Ces répercussions des atteintes à la santé des intervenantes sur le fonctionnement des organisations elles-mêmes expliquent que les grandes fédérations du secteur ainsi que les organismes de protection sociale se soient mis en devoir, dans les années récentes, d'introduire dans l'aide à domicile des moyens de prévention et de produire de multiples documents, guides, recueils de « bonnes pratiques » afin d'améliorer la santé et la sécurité au travail dans le secteur.

III. La santé comme levier pour l'amélioration des conditions de travail ?

On peut s'interroger sur les outils mobilisables dans ces efforts de prévention. Du fait des spécificités de l'aide à domicile (lieu de travail privé, isolement des salariées, tâches très ordinaires en apparence, enjeux des relations avec les personnes aidées…), il paraît difficile d'y imposer des dispositifs identiques à ceux utilisés ailleurs dans l'industrie ou même dans les services. Mais il semble surtout qu'il serait plus judicieux, dans une optique de prévention, de s'arrêter sur l'invisibilité de ce travail, à la fois parce que, faute d'avoir été identifiées comme telles, certaines dimensions du travail peuvent constituer des facteurs de risque, mais aussi parce que l'invisibilité

conduit à la non-reconnaissance du travail effectué et induit ce qu'on identifie aujourd'hui comme des « risques psychosociaux » (RPS).

Pour les partenaires sociaux, l'inventaire des risques professionnels et des déterminants de la santé au travail pourrait alors se révéler un exercice efficace à la fois pour les syndicats de salariés, afin de dévoiler la réalité du travail d'aide à domicile et défendre des conditions de travail meilleures et pour les responsables, salariés ou bénévoles, des organisations associatives employeuses, en vue d'obtenir des financeurs publics des conditions d'intervention plus protectrices de la santé des salariées.

III.1. Des outils de prévention utiles, mais à adapter

Cette démarche peut déjà être observée dans les associations les plus attentives à ces questions où l'augmentation des accidents du travail, des maladies professionnelles et des déclarations d'inaptitude a poussé les responsables à analyser l'origine de ces problèmes, à travers l'établissement du « document unique d'évaluation des risques professionnels » par exemple. Ils ont ainsi pu relever les risques auxquels exposent les salariées des gestes *a priori* pourtant anodins. Le simple nettoyage, mais aussi les manutentions qu'impliquent les soins corporels aux personnes aidées deviennent difficiles et même potentiellement dangereux quand ils sont répétés à chaque intervention dans un lieu de travail différent, et ce d'autant plus que les logements privés des personnes aidées ne sont pas équipés comme le serait un milieu de travail classique. L'association employeuse, pourtant responsable au regard du droit des conditions dans lesquelles travaillent ses salariées, ne maîtrise pas l'espace de travail des salariées, auquel n'ont pas non plus accès les services d'inspection ou de médecine du travail, comme le remarque ce médecin :

« Nous, en tant que médecins du travail, ça fait une dizaine d'années qu'on se posait la question de savoir s'il fallait continuer à surveiller une population qui est très difficile à surveiller, parce que, on n'a pas la possibilité d'étudier le poste de travail. On ne peut pas aller chez les particuliers, donc c'est bâtard par rapport à ce qu'on fait dans l'entreprise privée. Notre rôle est de faire les consultations, bien sûr, mais aussi une étude de poste, d'être sur le terrain, et là on est bloqués, ce n'est pas satisfaisant » (médecin du travail).

Le lieu de travail étant un domicile privé, l'installation de matériels facilitant la tâche des salariées et le respect des règles communes destinées à préserver leur santé restent soumis au bon vouloir des particuliers utilisateurs des services. Ainsi par exemple :

« Avec l'augmentation de la dépendance, les levers, les postures sont plus délicates, et surtout si l'équipement (lève-malade) fait défaut ; mais il est parfois difficile de déplacer les meubles ou le poêle ! » (responsable associative).

L'intervention des organisations en tant qu'employeur est pourtant indispensable pour faire admettre la nécessité de l'introduction de divers outils de prévention déjà utilisés ailleurs, en établissement d'hébergement par exemple. Mais leur caractère associatif, le recours aux bénévoles, et la proximité même de ces organisations avec les usagers ne facilitent pas toujours l'imposition de ces règles élémentaires de fonctionnement.

Toutefois, réduire la prévention à l'installation de lits médicalisés et à une formation aux « gestes et postures » serait largement insuffisant. Les recherches convergent pour souligner le caractère multifactoriel de la santé au travail : au-delà des seules « pénibilités » retenues par la législation (Jolivet, 2011), c'est toute l'organisation du travail et, plus largement, de l'emploi, qui peut se révéler néfaste pour la santé, ou bien au contraire contribuer positivement à sa construction. Les facteurs de risque, même si l'on ne retient que les atteintes à la santé physique, se trouvent en effet aussi, et surtout, dans des dimensions invisibles du travail. Ainsi qu'on a pu le montrer plus haut, le travail d'aide à domicile ne se limite pas aux gestes réalisés pendant les interventions. Dès lors, en lister les facteurs de risque dans une perspective de prévention impose de s'intéresser à l'intégralité de ce travail, à ses conditions d'organisation et de réalisation.

III.2. L'analyse des risques psychosociaux comme mode de visibilisation du travail et comme voie d'amélioration des conditions de travail

À cet égard, la montée en puissance de la notion de « risques psychosociaux » (RPS), malgré son caractère flou et controversé (Hubault, 2011), est intéressante. Elle pourrait même être envisagée comme un point d'appui pour mettre en lumière les risques liés au travail invisible, et par là ouvrir une voie d'amélioration des conditions de travail.

Le Collège d'experts réuni par le ministère du Travail sur la question du suivi des RPS au travail les définit en effet comme : « risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les *conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir* [14] avec le fonctionnement mental ». C'est une manière d'affirmer l'importance d'une approche globale, ne dissociant pas les différentes dimensions du travail, d'autant que le rapport remis en 2011 rappelle à la fois « leurs effets importants sur les maladies cardiovasculaires, les problèmes de santé mentale et les troubles musculo-squelettiques », avec un « accroissement du risque de ces pathologies pouvant atteindre 50 % à 100 % en cas d'exposition aux facteurs psychosociaux au travail » et le fait que « ces trois domaines de santé constituent des enjeux majeurs en termes de santé publique car ils représentent

14. Souligné par nous.

les pathologies les plus fréquentes, les plus coûteuses et les plus invalidantes pour la population adulte au travail » (Collège d'expertise, 2011:22).

Concernant l'aide à domicile, s'interroger sur la santé à partir des axes listés par ce rapport – intensité et temps du travail, exigences émotionnelles, autonomie, rapports sociaux au travail, conflits de valeur et insécurité de la situation de travail (Collège d'expertise, 2011:15-16) – permet de mettre en évidence la plupart des risques liés à l'invisibilité du travail tout en suggérant des pistes d'amélioration des conditions de travail et d'emploi.

Sur le rapport entre temps de travail et intensité, l'invisibilité des tâches effectuées se traduit globalement par une sous-évaluation du temps nécessaire à leur réalisation. La plupart des salariées interrogées expliquent comment compter leur temps de travail visible (essentiellement ménager) et l'enfermer dans des limites précises entre en contradiction avec les tâches d'accompagnement qu'elles s'efforcent d'effectuer. Cette auxiliaire de vie en témoigne :

« Ce sont des gens âgés, des gens qui ont aussi un rythme de vie. Il ne faut pas les bousculer pour intervenir, et si l'outil de travail c'est de regarder la montre… c'est bien aussi parce qu'il faut penser qu'on a d'autres clients après, mais quand la situation a besoin de plus de temps, eh bien on prend plus de temps. »

Les salariées sont alors contraintes à dépasser les limites du temps imparti, effectuant du travail supplémentaire non pris en compte dans les plannings et, bien évidemment, non rémunéré. Cela induit du retard, qui tend à s'accumuler, et provoque du stress.

Divers outils qui contribuent à objectiver, à « dire », donc à « faire voir » ce qui tend habituellement à rester implicite peuvent faire apparaître ces contraintes de temps : documents écrits qui décrivent le travail et, ce faisant, contribuent à lui poser des limites, « contrats de service », documents de présentation des métiers de l'aide à domicile, « règlement intérieur » de l'association remis aux personnes aidées, etc. Ce sont aussi les « cahiers de liaison » déposés au domicile des personnes aidées, destinés à faire le lien entre les différents professionnels, mais qui ont aussi comme effet de faire apparaître aux yeux des autres intervenants le travail de veille effectué par les aides à domicile. Mais la question du temps se joue essentiellement à travers la confection des plannings d'intervention : dans combien de domiciles différents ? Avec quelle répartition horaire ? Pour effectuer quel type de tâches ? Auprès de quel public ? Les salariées qui en sont chargées, quelle que soit leur dénomination, « responsables de secteur », ou « de planning », « secrétaire administrative »… occupent donc une place stratégique en termes de santé au travail, grâce à l'attention qu'elles portent (ou pas…) au contenu réel du travail, aux distances à parcourir, aux pathologies des unes et des autres et à leur souci d'arrangements possibles. Mais ce travail

d'encadrement de proximité reste, lui aussi, peu visible, et tend à pâtir des restrictions financières imposées aux organisations.

Nous ne nous étendrons pas sur les « exigences émotionnelles » dans l'aide à domicile que nous avons déjà évoquées, sinon pour rappeler combien elles sont accrues par l'isolement des salariées dans des domiciles privés. À cet égard, les aides à domicile sont en situation ambivalente : d'un côté, elles bénéficient d'une autonomie qui est plutôt vue dans la littérature comme un élément positif pour la santé (Karasek, 1979), mais d'un autre côté, elles ne peuvent bénéficier d'aucun soutien social immédiat en cas d'urgence. Elles ne doivent donc compter que sur leurs propres ressources, ce qui suppose qu'elles aient acquis une formation suffisamment approfondie pour être adaptables à toutes sortes de circonstances :

« Les gens nous accaparent et… quand on a une formation, on dit : "Non, ça ce n'est pas mon domaine, c'est à la famille de gérer ça", on prend du recul… la formation apprend beaucoup à ne pas trop s'investir, c'est important : à fermer la porte. Moi, j'emmenais tout […], on emmagasine plein de choses qui nous choquent, parce que la mort, ce n'est pas anodin… on est fort devant les personnes qu'on aide […], on prend une carapace quand on est au travail et quand on sort, il faut bien que ça lâche à un moment ou à un autre… Oui, les premières années, je ne sais même pas comment j'ai réussi à le faire » (auxiliaire de vie sociale).

Cela montre aussi *a contrario* l'importance d'un collectif de travail qui ne peut véritablement exister ici qu'en dehors de la situation d'intervention. Lorsque les salariées disposent de moments de rencontre, soit informels à travers par exemple des « réunions de planning », ou bien de façon plus institutionnelle grâce à des groupes de parole, d'analyse de pratique, ou encore de formation, ces temps permettent parfois une véritable mise en débat du travail, ils apparaissent alors comme un outil essentiel de prévention des RPS. Mettre en discussion le travail émotionnel permet d'en faire apparaître les enjeux, l'importance pour la qualité du service délivré, mais aussi les risques, ainsi que les outils permettant de s'en protéger. Des règles d'action peuvent alors être élaborées [15] qui tout à la fois permettent aux salariées de se réassurer en partageant leurs expériences et construisent la base d'une identité professionnelle. Mais là encore, ces temps, apparemment « improductifs », sont actuellement menacés par les démarches de rationalisation des dépenses engagées par les financeurs publics des interventions.

De façon spécifique à l'aide à domicile, les relations sociales engagées à l'occasion de travail ne concernent pas tant la hiérarchie et les collègues que

15. Des règles qui sont tout sauf immuables, leur principale qualité étant d'exister afin d'être « opposables » aux exigences d'autrui. Ainsi par exemple la règle consistant à ne pas livrer son numéro de téléphone personnel aux personnes aidées dont les aides à domicile rencontrées disent à la fois l'importance pour éviter l'invasion de sa vie privée, mais aussi comment elles ont appris à l'appliquer… ou pas, suivant les circonstances et les personnes concernées.

les bénéficiaires de l'aide. C'est dire, on l'a vu plus haut, combien elles interfèrent avec la question des valeurs et de la reconnaissance du travail. Considérer son travail comme utile socialement, l'effectuer dans des conditions qui permettent de « bien faire », et d'assurer par là un service de qualité sont des conditions de préservation de la santé. Même les tâches de nettoyage, pourtant vues par la plupart comme des corvées, peuvent prendre sens :

« J'aime bien le travail bien fait. J'aime bien, quand j'arrive dans une maison, voir ce qu'il y a à faire, en ressortir et que ce soit fait. C'est une satisfaction personnelle, c'est un plaisir. C'est un peu présomptueux de ma part, mais j'aime bien ressortir et voir que c'est propre. De même que j'aime bien, si la personne n'est pas en forme quand j'arrive, sentir qu'elle est boostée pour la journée quand je repars » (agent à domicile).

Les entretiens réalisés montrent combien la qualité de ces relations dépend du cadre construit par les organisations employeuses pour l'intervention. Du fait de leur lieu de travail privé, les intervenantes sont en effet continuellement tiraillées entre un cadre de référence « domestique » et un cadre « professionnel » (Dussuet, 2005) : doivent-elles se conformer à toute demande émanant de la personne aidée ou bien ont-elles, en tant que professionnelles, à juger du bien-fondé de ces sollicitations ? Là encore, c'est un travail indirect effectué hors intervention par l'encadrement ou par les intervenantes à domicile elles-mêmes lors de sessions de formation ou d'autres réunions collectives qui permet de construire ce cadre et d'éviter les dérives, ainsi que l'explique cette AAD :

« Les gens, le fait qu'on aille chez eux, on va remettre la maison en état… non, on vient aider la personne, mais on ne vient pas faire tout le travail à sa place ; ça dépend de ce qu'a la personne, si elle a une jambe dans le plâtre, là on va le faire, mais… les gens ont du mal à faire la différence. »

Enfin, l'« insécurité de la situation de travail » (Collège d'expertise, 2011) peut être analysée à l'aune de la précarité très particulière que connaissent les aides à domicile (voir *supra*). La question de la qualification est alors centrale, à la fois parce qu'elle permet l'accès à une rémunération supérieure, et parce qu'elle constitue une reconnaissance des compétences mises en œuvre dans le travail invisible.

Ces quelques exemples montrent comment l'analyse du travail rendue nécessaire par un questionnement sur la santé au travail permet de pointer des dimensions habituellement invisibles du travail effectivement réalisé par les intervenantes à domicile et par là, d'esquisser des outils un peu inhabituels de prévention : gestion des déplacements, organisation des plannings, encadrement de proximité, construction d'un collectif de travail, formation et qualification. En redéfinissant le cadre du travail des intervenantes, ils peuvent contribuer à l'amélioration des conditions de travail de celles-ci.

Conclusion : la définition du travail au cœur d'une démarche de prévention

Ainsi, adopter dans l'aide à domicile un angle de questionnement sur la santé au travail des intervenantes semble une démarche féconde, tout particulièrement si le questionnement est centré sur les risques psychosociaux, parce que cela permet de rendre visibles des dimensions du travail qui échappent habituellement à des observateurs extérieurs. Toutefois, cela suppose que les différentes instances en charge de la santé et de la sécurité du travail, qu'elles soient administratives, médicales ou paritaires, ne se contentent pas de traquer les facteurs de risque habituellement relevés dans l'industrie et d'utiliser les outils habituels de prévention (protections physiques, aides techniques, énonciation de règles de sécurité et de bonnes pratiques, etc.), même si cela reste indispensable, mais s'intéressent au travail réel que nécessite le « prendre soin ». Comprendre et faire comprendre que le travail d'une aide à domicile n'est pas celui d'une « femme de ménage », qu'elle poursuit d'autres objectifs, alors même qu'elle accomplit apparemment essentiellement des tâches ménagères est donc pour les organisations employeuses comme pour les organisations syndicales un objectif à part entière, en termes de préservation de la santé de ses salariées.

La question de la définition même de ce travail devrait alors être posée en relation avec son inscription dans le temps. Le mode de financement actuel de l'aide à domicile tend en effet, à travers une tarification à l'heure, à privilégier la seule partie visible des interventions, le travail direct effectué au domicile, en considérant comme « non productif [16] » le travail indirect réalisé hors domicile par l'encadrement ou par les salariées elles-mêmes, que ce soit par leurs déplacements ou dans les rencontres entre professionnelles. Il faut aussi remarquer que les contrats de travail [17] des intervenantes sont définis essentiellement par le total des temps passés dans les domiciles, les autres temps ne justifiant dans le meilleur des cas que des compléments de rémunération. L'analyse des facteurs de risque montre pourtant que ces temps de travail-là sont indispensables à la préservation de la santé au travail. Dans un contexte où la maîtrise des budgets de protection sociale apparaît comme un objectif pour tous les acteurs publics, il est sans doute essentiel pour les organisations syndicales de montrer comment la prise en compte aujourd'hui de ces temps hors domicile est un facteur de préservation de la santé des intervenantes et pourrait par conséquent éviter une augmentation des dépenses de santé dans les années à venir.

16. Terme utilisé par certains Conseils généraux, dans une optique de maîtrise des coûts des organisations afin de limiter l'augmentation de leurs dépenses de financement de l'Apa en particulier.
17. Ce mode de définition du travail est aussi une explication de la quasi-impossibilité d'exercer à temps plein dans l'aide à domicile.

Références bibliographiques

Angeloff T. (2000), *Le temps partiel : un marché de dupes ?*, Paris, Syros.

Bué J., Sandret N. (2007), « Contact avec le public : près d'un salarié sur quatre subit des agressions verbales », *Premières informations et premières synthèses*, n° 15, avril, Dares.

Chardon O., Estrade M.-A. (2007), « Les métiers en 2015 », *Série Qualifications et Prospective*, n° 6, Centre d'analyse stratégique - Dares.

CNAMTS (2008), « Les risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile (2006) ».

CNAMTS (2009), « Sinistralité 2008 des structures d'aide et de soin à domicile (SASAD) », *Étude 2009-242*, décembre : http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/etudes_statistiques/Decembre%202009-%20Sinistralite%202008%20du%20secteur%20aide%20et%20soi.pdf.

Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (2011), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Rapport au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

Doniol-Shaw G., Lada E., 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 au ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, Service des droits des femmes et de l'égalité, novembre : http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Latts_rapport_definitif_21_mars_2008.pdf.

Dussuet A. (2001), « Les emplois familiaux, une forme "féminine" de précarité », *in* Del Sol M., Eydoux A., Gouzien A., Merle P., Turquet P. (dir.), *Nouvelles dimensions de la précarité*, Rennes, PUR, p. 53-66.

Dussuet A. (2005), *Travaux de femmes. Enquêtes sur les services à domicile*, Paris, L'Harmattan.

Dussuet A., Flahault E. (2010), « Entre professionnalisation et salarisation, quelle reconnaissance du travail dans le monde associatif ? », *Formation Emploi*, n° 111, p. 35-50.

Dussuet A., Lauzanas J.-M. (2007), « Méthodologie et approche théorique », *in* Dussuet A., Lauzanas J.-M. (dir.), *L'économie sociale entre informel et formel : paradoxes et innovations*, Rennes, PUR, p. 23-42.

Dussuet A., Noguès H. (2009), « Rendre le travail visible : des organisations associatives d'aide à domicile confrontées à la question de la santé au travail », *in* Detchessahar M. (dir.), *Les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail. L'enjeu de la parole sur le travail*, Rapport de recherche à l'ANR, p. 455-532.

Fraisse G. (1979), *Femmes toutes mains. Essai sur le service domestique*, Paris, Seuil.

Hochschild A.-R. (2002), « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, n° 9, p. 19-49.

Hubault F. (dir.) (2011), *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, Toulouse, Octarès.

Jolivet A. (2011), « Pénibilité du travail : la loi de 2010 et ses usages par les acteurs sociaux », *La Revue de l'IRES*, n° 70, p. 33-60.

Karasek R. A. (1979), « Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign », *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, n° 2, p. 285-308.

Lainé F., Omalek L. (2012), « Les métiers en 2020 : progression et féminisation des emplois les plus qualifiés, dynamisme des métiers d'aide et de soins aux personnes », *Dares Analyses*, n° 022, mars.

Lecomte S. (1996), *Les employées de maison : cadrage historique, juridique et statistique*, DEA de sociologie, Université de Nantes.

Lefebvre M. (2012), *Qualité(s) de l'emploi dans les services à la personne en France : entre régulations publiques et régulations professionnelles*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Lille 1, décembre.

Marquier R. (2010a), « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », *Études et Résultats*, n° 728, juin, Drees.

Marquier R. (2010b), « Les activités des aides à domicile en 2008 », *Études et Résultats*, n° 741, octobre, Drees.

Martin-Huan J. (1997), *La longue marche des domestiques, en France, du XIX^e^ siècle à nos jours*, Nantes, Opéra Éditions.

Messaoudi D., Farvaque N., Lefebvre M. (2012), « Les conditions de travail des aides à domicile : pénibilité ressentie et risque d'épuisement professionnel », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 30, Drees, p. 5-28.

Ould Younes S. (2012), « Les services à la personne en 2010 : stabilité de l'activité globale, après le ralentissement de 2008-2009 », *Dares Analyses*, n° 60.