



HAL
open science

Santé au travail des aides à domicile : apports et limites d'un dispositif de discussion sur le travail

Marc Sellapin

► To cite this version:

Marc Sellapin. Santé au travail des aides à domicile : apports et limites d'un dispositif de discussion sur le travail. Psychologie. Université Rennes 2, 2021. Français. NNT : 2021REN20030 . tel-03605565

HAL Id: tel-03605565

<https://theses.hal.science/tel-03605565>

Submitted on 11 Mar 2022

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

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

THÈSE DE DOCTORAT DE

L'UNIVERSITÉ RENNES 2

ÉCOLE DOCTORALE N° 603
Éducation, Langages, Interaction, Cognition, Clinique
Spécialité : Psychologie du travail

Par

Marc SELLAPIN

Santé au travail des aides à domicile : Apports et limites d'un dispositif de discussion sur le travail

Thèse présentée et soutenue à Rennes, le 18 novembre 2021

Unité de recherche : Laboratoire de Psychologie : Cognition, Comportement, Communication (LP3C)

Rapporteurs avant soutenance :

Marc-Éric Bobillier-Chaumon	Professeur des universités au CNAM Paris
Philippe Sarnin	Professeur des universités à l'Université Lumière Lyon 2

Composition du Jury :

Examinatrices :	Sandra Lehon	Responsable QHSE à la fédération ADMR d'Ille-et-Vilaine
	Vanina Mollo	Maître de conférence à l'Université de Toulouse
Dir. de thèse :	Virginie Dodeler	Maître de conférence à l'Université Rennes 2
	Estelle Michinov	Professeure des universités à l'Université Rennes 2

Membre invité du Jury :

Françoise Lefaucheur	Ex-directrice adjointe à la fédération ADMR d'Ille-et-Vilaine
----------------------	---

Santé au travail des aides à domicile : Apports et limites d'un dispositif de discussion sur le travail

Thèse de doctorat de l'Université Rennes 2

Spécialité Psychologie du travail

Laboratoire de Psychologie : Cognition, Comportement, Communication (LP3C)

École Doctorale n° 603 : Éducation, Langages, Interaction, Cognition, Clinique

Présentée par Marc SELLAPIN

Sous la direction de Virginie DODELER et Estelle MICHINOV

Soutenue à Rennes, le 18 novembre 2021

Composition du jury :

Marc-Éric BOBILLIER-CHAUMON Professeur des universités au CNAM Paris	<i>Rapporteur</i>
Philippe SARNIN Professeur des universités à l'Université Lumière Lyon 2	<i>Rapporteur</i>
Sandra LEHON Responsable QHSE à la fédération ADMR d'Ille-et-Vilaine	<i>Examinatrice</i>
Vanina MOLLO Maître de conférence à l'Université de Toulouse	<i>Examinatrice</i>
Virginie DODELER Maître de conférence à l'Université Rennes 2	<i>Directrice de thèse</i>
Estelle MICHINOV Professeure des universités à l'Université Rennes 2	<i>Directrice de thèse</i>
Françoise LEFAUCHEUR Ex-directrice adjointe à la fédération ADMR d'Ille-et-Vilaine	<i>Invitée du jury</i>

Remerciements

J'adresse de nouveau mes remerciements les plus sincères à toutes celles et ceux, humains et organisations, à qui j'ai eu la chance d'exprimer ma gratitude durant ces quatre années.

Virginie Dodeler et Estelle Michinov, qui nous ont accompagné avec patience, mes questions et moi, tout au long de ce travail (et avant ça déjà).

Françoise Le Faucheur, mon premier mentor, qui m'a ouvert la voie.

Marc-Éric Bobillier-Chaumon, Sandra Lehon, Vanina Mollo, Philippe Sarnin, qui ont accepté de faire partie du jury.

L'ANRT et l'ADMR d'Ille-et-Vilaine, qui ont financé ce projet.

Toutes et tous les professionnels et bénévoles de l'ADMR avec lesquels j'ai collaboré, collègues de la fédération, encadrantes, assistantes techniques de planification, secrétaires, directrices, responsables secteur, et bien sûr, aides à domicile. C'était un honneur et un plaisir de travailler à vos côtés.

Une pensée pour Camille, Charlène, Dominique, Joëlle, Katell et Lucile, qui ont vaillamment saisi plusieurs centaines de questionnaires, ainsi que pour Stéphanie, qui a rendu présentables plusieurs de mes communications.

De l'université, Corentin Gonthier grâce à qui ma thèse comporte une partie statistiques inférentielles, les doctorants avec lesquels j'ai (trop rarement) pu échanger, les personnels administratifs et techniques très disponibles et aidants.

Croisés au cours de ce périple, les ingénieurs et ergonomes de la CARSAT Bretagne, les équipes du CERTOP de Toulouse et leurs séminaires très riches, les acteurs de l'AST35.

Pour leur contribution à rendre ce document compréhensible, Bethany, Brivael, Claire, Hervé, Julie.

À ma famille.

« *Créer c'est résister* »
Gilles Deleuze (1988)

Table des matières

Liste des abréviations.....	10
Introduction.....	11
Partie I – Apports théoriques et questionnements de recherche.....	13
Chapitre 1. L'aide à domicile, une activité aussi essentielle que malmenée.....	13
1.1. Contextualisation de la profession.....	13
1.1.1. L'aide à domicile en France, une activité centenaire.....	13
1.1.1.1. Genèse et évolutions du métier.....	14
1.1.1.2. Définition législative des emplois et de l'activité prescrite des aides à domicile.....	20
1.1.2. L'aide à domicile, secteur tourmenté, secteur d'avenir.....	30
1.1.2.1. Un secteur sinistré peinant à recruter face à des besoins croissants.....	30
1.1.2.2. Un secteur chaotique à l'instabilité constitutive héritée et pérennisée...35	
1.2. Les déterminants de la santé au travail des aides à domicile.....	49
1.2.1. Facteurs physiques.....	50
1.2.2. Caractéristiques organisationnelles et psychosociales.....	52
1.2.2.1. Le domicile, lieu de vie, lieu de travail.....	53
1.2.2.2. Personnels administratifs et santé des AD, quelle connexité ?.....	55
1.2.2.3. Une temporalité effrénée.....	59
1.2.2.4. Une grande variabilité implique un grand pouvoir d'adaptation.....	61
1.2.2.5. Un prescrit indistinct.....	62
1.2.2.6. L'isolement, rançon de l'autonomie.....	65
1.2.2.7. Une profession centrale et recluse.....	68
1.2.2.8. Des professionnelles oubliées de Phéme.....	69
1.2.2.9. La formation en question.....	73
1.2.3. Enjeux relationnels et émotionnels.....	78
1.2.3.1. Une posture professionnelle délicate.....	78
1.2.3.2. Des exigences relationnelles élevée, un travail émotionnel constant.....	81
1.2.3.3. Comment faire face ?.....	85
1.2.4. Spécificités normatives.....	90
1.2.4.1. Des logiques organisationnelles.....	90
1.2.4.2. Deux normes de travail ménager.....	92
1.2.4.3. La norme de sollicitude.....	93
1.2.4.4. Cinq conventions de professionnalité.....	93
1.2.4.5. Trois modes de relation entre AD et PA.....	94
1.2.5. Modélisation de la santé au travail des aides à domicile : Adaptation du JD-R.....	97
Chapitre 2. La discussion sur le travail, vecteur de santé et de performance.....	99
2.1. Les lignes de force traversant les dispositifs de discussion sur le travail.....	101

2.1.1. Une intervention nécessairement « sur mesure ».....	101
2.1.2. Organiser la subsidiarité.....	103
2.1.3. Transformer l'organisation.....	105
2.1.4. Inscrire la discussion dans le long terme.....	107
2.1.5. Implication de l'intervenant.....	109
2.1.6. Contenu de la discussion.....	110
2.1.7. Les acteurs à réunir.....	113
2.1.8. L'animation de la discussion.....	114
2.2. Les effets des dispositifs de discussion sur le travail.....	119
2.2.1. Identification de problèmes et mise en place de solutions concrètes.....	119
2.2.2. Mutation de l'organisation par appropriation de la discussion.....	120
2.2.3. Développement du travail collectif et des collectifs de travail.....	121
2.2.4. Développement de la santé et de la performance.....	123
2.3. Des limites aux dispositifs de discussion sur le travail ?.....	127
Chapitre 3. Problématisation et organisation de la recherche.....	131
3.1. Problématique et hypothèses.....	131
3.2. Organisation générale de la recherche.....	133
Axe 1 : Analyse quantitative de l'impact du dispositif et de la santé au travail des aides à domicile.....	133
Axe 2 : Analyse qualitative du dispositif et de la santé au travail des aides à domicile.....	133
Partie II – Conduite de projet terrain.....	135
Chapitre 4. Contexte de la recherche-intervention.....	135
4.1. Bref historique de l'organisation cible.....	135
4.2. Les associations locales.....	136
4.3. La fédération départementale.....	138
4.3.1. Fonctionnement.....	138
4.3.2. Des salariés administratifs en tension.....	140
4.4. Les principales instances du réseau.....	140
4.4.1. L'assemblée générale départementale.....	140
4.4.2. Le conseil d'administration fédéral.....	140
4.4.3. Les comités de pays.....	141
4.5. La prise en charge de la santé au travail au sein du réseau départemental.....	142
Chapitre 5. De la création à la pérennisation : Structuration de l'expérimentation d'un dispositif de discussion.....	145
5.1. Organisation de la recherche-intervention.....	147
5.1.1. Principes généraux.....	147
5.1.2. Initiation du projet.....	148
5.1.2.1. Constitution du panel d'associations.....	148
5.1.2.2. Description des associations.....	150
5.1.2.3. Lancement du dispositif de discussion.....	151

5.2. Les caractéristiques du dispositif de discussion.....	153
5.2.1. L'appellation et la finalité.....	155
5.2.2. Les acteurs concernés.....	155
5.2.2.1. Les acteurs concernés par le suivi global du dispositif.....	155
5.2.2.2. Les acteurs directement impliqués dans les EDD en association.....	156
5.2.3. La temporalité.....	157
5.2.4. L'outillage mis à disposition des utilisateurs et le type d'objet mis en discussion	158
5.2.4.1. Déroulement type des EDD.....	158
5.2.4.2. Le diaporama de présentation.....	158
5.2.4.3. La méthode d'analyse et de résolution de problème.....	160
5.2.4.4. Les divers documents-suppôts.....	164
5.2.4.5. L'animation des EDD et l'accompagnement à l'autonomie.....	166
5.2.4.6. Les thèmes problématiques choisis.....	169
5.2.5. L'aboutissement de la discussion.....	171
5.2.5.1. Solutions internes aux associations.....	171
5.2.5.2. Solutions impliquant l'externe.....	173
5.2.6. Les modalités de participation, de décision et d'intégration dans l'organisation	173
5.2.6.1. Les modalités de participation.....	173
5.2.6.2. Les modalités de décision.....	174
5.2.6.3. Les modalités d'intégration.....	174
5.2.7. Les facteurs d'instabilité.....	176
5.2.7.1. Les impondérables.....	176
5.2.7.2. Les difficultés des personnels administratifs.....	176
5.2.7.3. Le contexte relationnel interne.....	177
5.2.7.4. L'investissement et l'implication des décisionnaires.....	178
5.2.7.5. La situation sanitaire liée à la COVID-19.....	178
5.2.8. Les modalités d'identification des besoins d'évolution.....	179
5.2.8.1. Le COPIL fédéral santé au travail.....	179
5.2.8.2. Les réunions « encadrantes participatives ».....	180
5.2.8.3. Les débriefings individuels avec les encadrantes.....	181
5.2.8.4. Les entretiens individuels avec les encadrantes et les ATP.....	182
5.3. La construction de la pérennisation du dispositif.....	183
5.3.1. Les besoins d'évolution identifiés.....	183
5.3.2. Étapes et structuration de la pérennisation au sein du réseau.....	184
5.3.2.1. Première proposition : structuration des EDD au sein du réseau et transformation du COPIL fédéral QVT.....	185
5.2.4.2. Apports de la collaboration avec la RQHSE.....	188
5.2.4.3. Validation des propositions.....	189

Partie III – Évaluation du dispositif de discussion et étude de la santé au travail des aides à domicile.....	191
Chapitre 6. Analyse quantitative de l’impact du dispositif et de la santé au travail des aides à domicile.....	191
6.1. Méthodologie.....	193
6.1.1. Matériel.....	193
6.1.1.1. Choix des échelles de mesure.....	193
6.1.1.2. Pré-test et adaptation des items au contexte.....	197
6.1.1.3. Données organisationnelles.....	198
6.1.1.4. Opérationnalisation des hypothèses.....	198
6.1.2. Procédure.....	200
6.1.3. Participantes.....	201
6.2. Analyses statistiques préliminaires.....	205
6.2.1. Contrôles préparatoires.....	205
6.2.2. Qualités psychométriques des échelles.....	206
6.2.3. Analyses descriptives et corrélationnelles.....	209
6.2.3.1. Description des scores.....	209
6.2.3.2. Description des corrélations.....	213
6.2.3.3. Point sur le Job Strain.....	216
6.3. Analyses inférentielles.....	217
6.3.1. Première série : Évaluation de l’impact de l’intervention.....	217
6.3.1.1. Présentation des analyses effectuées.....	217
6.3.1.2. Observation des conditions d’application.....	220
6.3.1.3. Résultats des comparaisons de modèles.....	220
6.3.2. Deuxième série : Tests des liens entre antécédents, indicateurs de santé et résultats organisationnel.....	227
6.3.2.1. Présentation des analyses effectuées.....	227
6.3.2.2. Observation des conditions d’application.....	229
6.3.2.3. Résultats des comparaisons de modèles.....	229
6.3.2.4. Synthèse des analyse portant sur les liens entre antécédents, indicateurs de santé et résultats organisationnels.....	255
Chapitre 7. Analyse qualitative du dispositif, de son impact et de la santé au travail des aides à domicile.....	257
7.1. Évaluation du dispositif et de son impact selon la perception des aides à domicile.....	257
7.1.1. Méthodologie.....	258
7.1.1.1. Participantes et procédure.....	258
7.1.1.2. Construction du guide d’entretien.....	259
7.1.1.3. Retranscription et analyse des données.....	261
7.1.2. Résultats.....	263
7.1.2.1. Effets primaires de l’intervention.....	263

7.1.2.2. Effets secondaires de l'intervention.....	281
7.1.2.3. Évaluation du dispositif.....	285
7.1.2.4. Éléments contextuels.....	305
7.1.2.5. Synthèse de la perception du dispositif par les aides à domicile.....	307
7.1.2.6. Positionnement sur l'hypothèse H1.....	311
7.2. Approfondissement de la compréhension de la santé au travail des AD dans le réseau départemental ADMR.....	313
7.2.1. Les priorités d'amélioration des conditions de travail.....	313
7.2.1.1. Méthode.....	313
7.2.1.2. Résultats.....	315
7.2.2. Une enquête complémentaire sur les aspects les plus pesants.....	322
7.2.2.1. Méthode.....	322
7.2.2.2. Résultats.....	324
7.2.3. L'apport des EDD.....	327
7.2.3.1. Le fonctionnement du réseau départemental.....	328
7.2.3.2. La coordination externe.....	329
7.2.3.3. La planification et les difficultés du personnel administratif.....	329
7.2.3.4. Les interactions vie professionnelle – vie privée.....	330
7.2.3.5. Le travail émotionnel et relationnel.....	330
7.2.3.6. La pénibilité physique.....	331
7.2.3.7. La reconnaissance perçue.....	332
7.2.3.8. La coordination et les relations internes.....	332
7.2.3.9. L'insuffisance prescriptive et les limites d'intervention.....	333
7.2.3.10. Un réseau de déterminants.....	335
Partie IV – Discussion.....	341
Chapitre 8. Limites et perspectives des dispositifs de discussion dans l'aide à domicile. .	343
8.1. Retour critique sur le dispositif expérimenté.....	345
8.1.1. Quelqu'un a dit « sur mesure » ?.....	345
8.1.1.1. Un manque de diagnostic.....	345
8.1.1.2. Une co-construction lacunaire.....	345
8.1.2. Quelle intégration par les organisations ?.....	346
8.1.2.1. Transformation.....	346
8.1.2.2. Subsidiarité.....	346
8.1.2.3. Inscription.....	347
8.1.3. Quels acteurs ?.....	347
8.1.3.1. Constitution des EDD.....	347
8.1.3.2. Animation des EDD.....	348
8.1.4. De la méthode d'analyse.....	349
8.1.4.1. Viser le travail réel... uniquement ?.....	349
8.1.4.2. Un outillage incommode ?.....	350
8.2. Des EDD dans l'aide à domicile : insuffisances et potentiel.....	351

8.2.1. Une totale émancipation ?.....	351
8.2.1.1. Des apports des sciences du travail.....	351
8.2.1.2. De la gestion des situations de « crise ».....	352
8.2.2. De la portée des EDD.....	353
8.2.3. Au-delà des organisations ?.....	355
8.2.3.1. Vers une discussion trans-organisationnelle.....	355
8.2.3.2. Pour une résistance systémique constructive.....	356
Chapitre 9. Limites et perspectives de l'étude.....	357
9.1. Limite générale : un cadrage théorique déficitaire.....	357
9.1.1. Un objet d'étude insuffisamment circonscrit.....	357
9.1.2. Une opérationnalisation insuffisamment rigoureuse.....	357
9.2. Retour sur les analyses quantitatives.....	359
9.2.1. Limites.....	359
9.2.1.1. L'enquête par questionnaire.....	359
9.2.1.2. Les données organisationnelles.....	360
9.2.1.3. Les analyses inférentielles.....	360
9.2.2. Discussion des résultats.....	361
9.2.2.1. Analyses descriptives.....	361
9.2.2.2. Analyses inférentielles.....	362
9.3. Retour sur les analyses qualitatives.....	365
9.3.1 Limites.....	365
9.3.1.2. Remarques générales.....	365
9.3.1.2. Zoom sur les focus groups.....	365
9.3.2 Discussion des résultats.....	366
9.4. Perspectives et questionnements.....	367
9.4.1. Poursuivre la recherche dans l'aide à domicile.....	367
9.4.2. Qui est l'intervenant(e)-chercheur(e) ?.....	368
9.4.3. Quid des limites d'intervention des intervenant(e)s-chercheur(e)s ?.....	369
Bibliographie.....	371
Annexes.....	395
Index des tableaux.....	434
Index des figures.....	437

Liste des abréviations

AD : Aide à domicile	CTS : Cadre technique spécialisé
ADMR : Aide à domicile en milieu rural	DEAES : Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social
ADVf : Assistant(e) de vie aux familles	DEAVS : Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale
AG : Assemblée générale	DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
AGGIR : Autonomie gérontologie groupe iso-ressources	DUERP : Document unique de prévention des risques professionnels
ANACT : Agence nationale d'amélioration des conditions de travail	EDD : Espace de discussion sur le travail / Espace de débat sur le travail
APA : Allocation personnalisée d'autonomie	GIR : Groupe iso-ressources
ATP : Assistant(e) technique de planification	SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile
AVS : Auxiliaire de vie sociale	SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance
CAFAD : Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile	SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de santé au travail	SSO : Service de soutien et d'orientation
CCAS : Centre communal d'action sociale	PA : Personne aidée
CCBAD : Convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile	PARADOM : Plan d'action régional aide et soins à domicile
CD : Conseil départemental	RQHSE : Responsable qualité hygiène sécurité environnement
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie	TISF : Technicien de l'intervention sociale et familiale
CNRAcl : Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales	TMS : Trouble musculosquelettique
CODIR : Comité de direction	
COPIL : Comité de pilotage	
CTP : Cadre technique de pays	

Introduction

« *Aide*, (n.f.) : Action d'intervenir en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens. » (Dictionnaire en ligne Le Robert, s. d.)

L'aide, un concept probablement immémorial. Il aura pourtant fallu attendre le siècle dernier pour que le fait d'aider des personnes en leur domicile ne devienne une activité salariée en France. La profession d'aide à domicile s'est ainsi extraite peu à peu du domaine du bénévolat qui la vit naître. Aujourd'hui, les besoins d'aide et d'accompagnement à domicile vont croissant, eu égard au vieillissement de la population. Le secteur de l'aide à domicile est pourtant en grande difficulté, peinant à recruter et à protéger ses salariées¹.

Parallèlement, le monde du travail bouillonne et évolue rapidement, ne cessant d'offrir de nouveaux défis, de nouvelles interrogations. Dans ce contexte mouvant, se dessine malgré tout une tendance parmi diverses science du travail, un intérêt commun pour la discussion sur le travail. Cet objet, paraissant tour à tour prosaïque et abscons, semble regorger de promesses pour la santé des travailleurs et des organisations.

Nous nous intéressons, dans le présent travail de thèse, à la jonction de ces deux thématiques : l'aide à domicile et la discussion sur le travail. Notre objectif est d'aller explorer en quoi les dispositifs de discussion sur le travail sont susceptibles de contribuer à améliorer la santé des aides à domicile, mais également de mieux comprendre cette dernière.

Dans une première partie, nous proposons une présentation du secteur et de la profession d'aide à domicile (Chapitre 1), puis une approche de la discussion sur le travail (Chapitre 2), avant de formuler plus précisément notre problématique et nos hypothèses (Chapitre 3).

La seconde partie décrit l'organisation qui a accueilli la recherche-intervention (Chapitre 4) et détaille le dispositif de discussion expérimenté (Chapitre 5).

Une troisième partie évalue les effets du dispositif de discussion et apporte des éléments de compréhension de la santé des aides à domicile. Pour ce faire, une méthodologie mixte à la fois quantitative (Chapitre 6) et qualitative (Chapitre 7) a été mise en œuvre.

1 Nous emploierons le féminin pour parler des professionnelles de l'aide à domicile, étant donné la présence très largement majoritaire des femmes dans ce métier : 98% en 2005 (Ribault, 2008), près de 97% en 2016 (Aide à domicile - La branche, 2017).

Dans la quatrième et dernière partie, nous avançons une réflexion sur les limites et perspectives que nous retirons de l'ensemble de ce travail. Nous nous orientons d'une part vers des considérations assez pratiques (Chapitre 8), et d'autre part vers des aspects ayant trait aux apports scientifiques (Chapitre 9).

Ce projet de recherche-intervention a été réalisé dans le cadre d'une convention industrielle de formation par la recherche (CIFRE), portée par l'Association nationale recherche technologie (ANRT), unissant la fédération ADMR d'Ille-et-Vilaine et le LP3C de l'Université Rennes 2, signée le 1^{er} octobre 2017.

Partie I – Apports théoriques et questionnements de recherche

Chapitre 1. L'aide à domicile, une activité aussi essentielle que malmenée

Qu'est-ce que l'aide à domicile ? Quelle est son histoire ? Quel rôle occupe-t-elle dans notre société ? Comment est-elle structurée ? À quels défis fait-elle face ? Quels éléments participent à déterminer la santé au travail de ses salariées ? Ces questions se trouvent à la base de la première section de notre propos. Lectrice, lecteur, ces questions sont notre invitation à découvrir ou redécouvrir l'aide à domicile, à travers notre compréhension de la littérature scientifique sur le sujet.

1.1. Contextualisation de la profession

1.1.1. L'aide à domicile en France, une activité centenaire

Nous proposons ici de survoler l'histoire du métier d'aide à domicile et de la naissance du secteur éponyme. Nous ne serons pas exhaustifs dans l'énumération des nombreuses étapes, notamment législatives, qui jalonnent ces évolutions professionnelles et sectorielles. Notre objectif est de placer des éléments du contexte socio-historique dans lequel s'insère le métier d'aide à domicile, afin de faciliter par la suite la compréhension d'un certain nombre de facteurs impactant considérablement la santé au travail des professionnelles en question. Cette partie repose principalement sur une revue historique réalisée par Capuano (2017). Pour faciliter la lecture, nous ne le citerons pas à chaque fin de phrase mais plutôt à chaque fin de paragraphe s'appuyant sur ses apports.

La figure 1.1, située à la fin de cette sous-partie, résume les principales étapes décrites ci-après.

1.1.1.1. Genèse et évolutions du métier

Une profession récente

À partir de la fin du 19ème siècle, la domesticité se centre sur l'entretien de la maison, et n'est plus logée sur son lieu de travail car une part croissante des tâches liées au foyer revient aux mères de familles (Alvarez, 2010). L'aide à domicile, incluant l'aide-ménagère, aux personnes en situation de perte d'autonomie apparaît en France dans ce contexte, au début du 20ème siècle. Il s'agit alors de bénévolat, notamment sous forme associative (Mansuy & Marquier, 2013). En 1905, la loi « d'assistance sociale aux vieillards, infirmes et incurables sans ressources » prévoit une allocation pour les personnes âgées et en situation de handicap. Cette allocation est une incitation pécuniaire à rester au domicile, visant à limiter les entrées en hospices, institutions coûteuses.

Dans les faits, c'est après la seconde guerre mondiale que l'aide à domicile connaît une première période de développement, particulièrement à partir de 1953, qui voit l'arrivée du salariat dans ce secteur (Mansuy & Marquier, 2013). Le terme d'aide à domicile fait son apparition dans la loi en 1956, sans pour autant y être défini (Trabut, 2014c). Dans les années 1950, l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) et ses travailleuses familiales sont pionnières, puis en 1959 l'aide à domicile devient un mode d'action à part entière de l'aide sociale : une allocation à destination des personnes âgées en perte d'autonomie peut alors être accordée en nature, sous la forme d'une aide à domicile (Capuano, 2017).

Autre étape décisive dans l'histoire du secteur de l'aide à domicile, le rapport Laroque de 1962 encourage le recours aux aides ménagères pour les personnes âgées (Alvarez, 2010). Ce rapport préconise ainsi le maintien à domicile des personnes en situation de perte d'autonomie (Mansuy & Marquier, 2013). En effet, l'État considère alors l'aide à domicile comme l'alternative la moins coûteuse pour s'occuper de ce public fragilisé. La gestion de l'aide à domicile en tant que mesure d'action sociale devient alors la responsabilité des municipalités, sans toutefois que ne soient précisées les conditions d'intervention ou les modalités de financement. Au moment du rapport, sur 135 services d'aide à domicile, 40% sont administrés par des œuvres confessionnelles, 25% par des associations familiales ou ADMR, 20% par des œuvres privées laïques et moins de 7% par les municipalités (Capuano, 2017).

Une progression rapide malgré des obstacles précoces

Des travaux soulignent, à l'échelle européenne et dès 1965, certains obstacles que rencontrent les services d'aide à domicile : difficulté de stabilisation du personnel et large dominance du temps partiel. Ils préconisent de revoir l'organisation des services mais également de mieux rémunérer les travailleuses et d'améliorer leur statut (Aujaleu, 1965, cité par Capuano, 2017). De plus, le constat est fait d'un besoin de formation des travailleuses familiales aux spécificités du public des personnes âgées (Capuano, 2017).

Le secteur s'étoffe sur la fin des années 1960 et au début de la décennie suivante, malgré la résistance des élus qui préféreraient favoriser le développement des maisons de retraite. La Convention collective nationale des aides familiales rurales et personnel de l'aide à domicile en milieu rural met à jour la régulation du salariat associatif des aides à domicile le 6 mai 1970 (Trabut, 2014c). En 1972, un programme national de maintien à domicile des personnes âgées est lancé. Ce plan repose sur la mise en place d'un travail de coordination entre les services d'aide à domicile et de soins à domicile. En 1974, la sécurité sociale finance des heures d'aide à domicile supplémentaires aux retraités. On compte alors 1778 services d'aide à domicile, dix fois plus qu'en 1962 (Capuano, 2017).

En 1981, on recense 350 000 personnes âgées bénéficiant de l'aide à domicile, contre 40 000 dix ans plus tôt. Le nombre d'heures allouées par personne reste cependant trop faible pour couvrir les besoins de prise en charge de la perte d'autonomie. En outre, les services sont insuffisamment armés pour faire face aux situations de forte dépendance, avec de surcroît un accès inégal aux soins à domicile. Le gouvernement de l'époque souhaite favoriser le développement du secteur, conduisant à une forte augmentation du nombre de bénéficiaires, d'heures réalisées et d'aides à domicile durant les années 1980 (Capuano, 2017).

De fait l'aide à domicile est une ressource de taille pour le ministère du Travail, secteur créateur de nombreux emplois dits peu qualifiés, féminins et à temps partiel. Cependant, la croissance du secteur est entravée par plusieurs facteurs. D'un côté, les coûts du maintien à domicile en constante augmentation sont associés à des difficultés de recrutement et à la complexité du système de prestations versées par les caisses de sécurité sociale. De l'autre, le manque de coordination entre les ministères du Travail et des Affaires sociales aboutit à la création de politiques déconnectées les unes des autres, parfois

concurrentes, qui représentent autant de freins supplémentaires à la progression du secteur (Capuano, 2017).

La convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile voit le jour en 1983, on y définit pour la première fois officiellement la profession d'aide-ménagère (Alvarez, 2010). Elle comprend, outre le ménage, le soutien à l'indépendance des personnes âgées et le maintien de leur lien avec l'extérieur. Cette version surannée du métier actuel d'aide à domicile représente déjà « un gisement d'emploi non qualifié et donc non reconnu » (Alvarez, 2010, p. 5), l'État développe alors de multiples types de contrats aidés visant à soutenir le secteur de l'aide à domicile, pour des effets en demi-teinte (Trabut, 2014c). La première certification professionnelle du secteur apparaît en 1988 : le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (CAFAD) (Mansuy & Marquier, 2013). Dans le même temps, l'embauche des aides à domicile en emploi direct ou en mandataire est facilitée successivement par la loi Seguin de 1987 allégeant les charges pour les employeurs, et par la mise en place des chèques emploi service sept ans plus tard (Capuano, 2017). À ce stade, il est important de noter qu'aucune définition commune du métier n'est adoptée, puisque plusieurs conventions collectives coexistent : la convention de 1970 traitant de l'aide en milieu rural, celle de 1983 pour les organismes d'aide ou de maintien à domicile, mais également la convention collective régulant le travail du personnel employé de maison (1982) (Trabut, 2014c). Dans les faits, chaque convention utilise alors des termes différents : aide à domicile, employé familial, employé à domicile, employé de maison, aide-ménagère à domicile, etc. Selon Trabut (2014c), ces emplois ont parfois été distingués sur la base du public concerné, parfois en fonction des caractéristiques de l'activité réalisée, mais les frontières ont toujours manqué de clarté.

En 1995, la Cour des comptes pose un constat dont la pertinence s'avérera pour le moins persistante : l'aide à domicile est un ensemble sans cohérence, composé d'un enchevêtrement de dispositifs relevant à la fois des conseils généraux, des caisses de sécurité sociale et des municipalités. Cet état de fait n'empêchera pas l'ouverture du marché des services à la personne aux organismes à but lucratif en 1996, décision liée encore une fois à la volonté politique de créer de nouveaux emplois (Capuano, 2017). Alvarez (2010) soulève qu'en 1998, soit 10 ans après le CAFAD, environ 80% des salariées de l'aide à domicile ne sont toujours pas qualifiées.

Loi 2002-2, APA et Plan Borloo

L'année 2002 témoigne d'une nouvelle étape dans l'histoire de l'aide à domicile, du fait de plusieurs éléments concomitants. Premièrement, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (dite loi 2002-2) marque l'entrée des services d'aide à domicile dans la catégorie des établissements relevant de l'action sociale et médico-sociale (Mansuy & Marquier, 2013). Depuis lors, les services d'aide à domicile dépendent financièrement des conseils départementaux (CD). En outre, la PSD est remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui, si elle est davantage orientée vers le maintien à domicile que vers la création d'emplois, va également favoriser le recours aux services d'aide à domicile (Capuano, 2017). Cette même année voit l'arrivée du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) (Moreau, 2003). Ce diplôme a pour ambition de répondre à de multiples objectifs tels que la professionnalisation et l'amélioration de l'attractivité du secteur, ainsi que le renforcement de la prise en charge des publics en situation de dépendance (Moreau, 2003). Il se veut marquer un réel tournant, en ce qu'il apporte un référentiel des professions de l'intervention à domicile, une identité professionnelle officielle, un référentiel de compétences, et il est accessible par la validation des acquis d'expérience (Moreau, 2003). En outre, le DEAVS introduit la différence entre les dimensions matérielle et relationnelle du métier, telles que l'entretien du logement d'un côté, et l'accompagnement à la vie sociale de l'autre (Alvarez, 2010). Ce diplôme vise à apporter une « revalorisation sociale » (Alvarez, 2010, p. 6) de ces métiers. Les effets de ces démarches auront été pour le moins mitigés, d'une part vis-à-vis de la qualité des emplois visés (Trabut, 2014b), mais également du point de vue des professionnelles elles-mêmes qui se perçoivent toujours majoritairement comme reléguées au « bas de la hiérarchie » plusieurs années plus tard (Alvarez, 2010, p. 6).

Trois années plus tard, en 2005, la question de la professionnalisation et de la croissance du secteur refait son entrée avec le Plan de développement des services à la personne, dit « Plan Borloo » (Brasseur et al., 2010). Ce plan vise la libéralisation du marché des services à la personne et aura pour conséquence directe la multiplication des organisations à but lucratif, qui à son tour engendrera une forte concurrence en défaveur des organismes à but non lucratif (Capuano, 2017). Les retombées du Plan Borloo contribuent

aujourd'hui encore à flouter les limites entre services d'aide et de confort, et plus largement à la complexité actuelle du secteur sur laquelle nous reviendrons subséquemment.

Le 21 mai 2010 est signée la Convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (CCBAD). Elle regroupe les conventions de 1983 et 1970 (Trabut, 2014c), et instaure à son tour une définition des métiers de l'aide à domicile (Capuano, 2017). Cette convention participe à réduire le nombre de types d'emplois, mais continue à les distinguer sur la base soit du public, soit des tâches réalisées, séparation factice sachant les recouvrements entre métiers sur ces deux champs (Trabut, 2014c). Nous observerons cela dans la partie suivante. En 2010, on recense 6151 services d'aide à domicile (Gallois & Guerry, 2010).

Pour finir ce bref résumé de l'histoire du métier d'aide à domicile, et avant d'aborder la description de son activité prescrite actuelle, nous mentionnerons la création en 2016 du diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES). Ce diplôme remplace et fusionne le DEAVS ainsi que le diplôme d'État d'aide médico-psychologique, tout en professionnalisant le métier d'auxiliaire de vie scolaire. Il porte à son tour des espoirs de promotion et de valorisation des « métiers en lien avec le grand âge » (Donot et al., 2020, p. 113). S'il semble être encore tôt pour tirer des enseignements de la mise en place du DEAES, certains notent que son intitulé même s'avère être une source de confusion supplémentaire, dans les relations entre différents types de services relevant justement de l'accompagnement éducatif et social (Desjeux, 2020).

En quelques mots, le secteur de l'aide à domicile est porteur d'une histoire, une histoire de charité et de bénévolat féminin, une histoire de solidarité. Il a également représenté une aubaine pour les gouvernements successifs. Il a ainsi supporté les conséquences de décisions orientées vers la réduction des coûts de santé ou la création d'emplois, y compris précaires. Ce secteur s'est développé dans la confusion.

Intéressons-nous maintenant à l'activité prescrite dans la conception contemporaine du métier d'aide à domicile, de façon à commencer à mieux en percevoir la tangibilité... et les ambiguïtés.

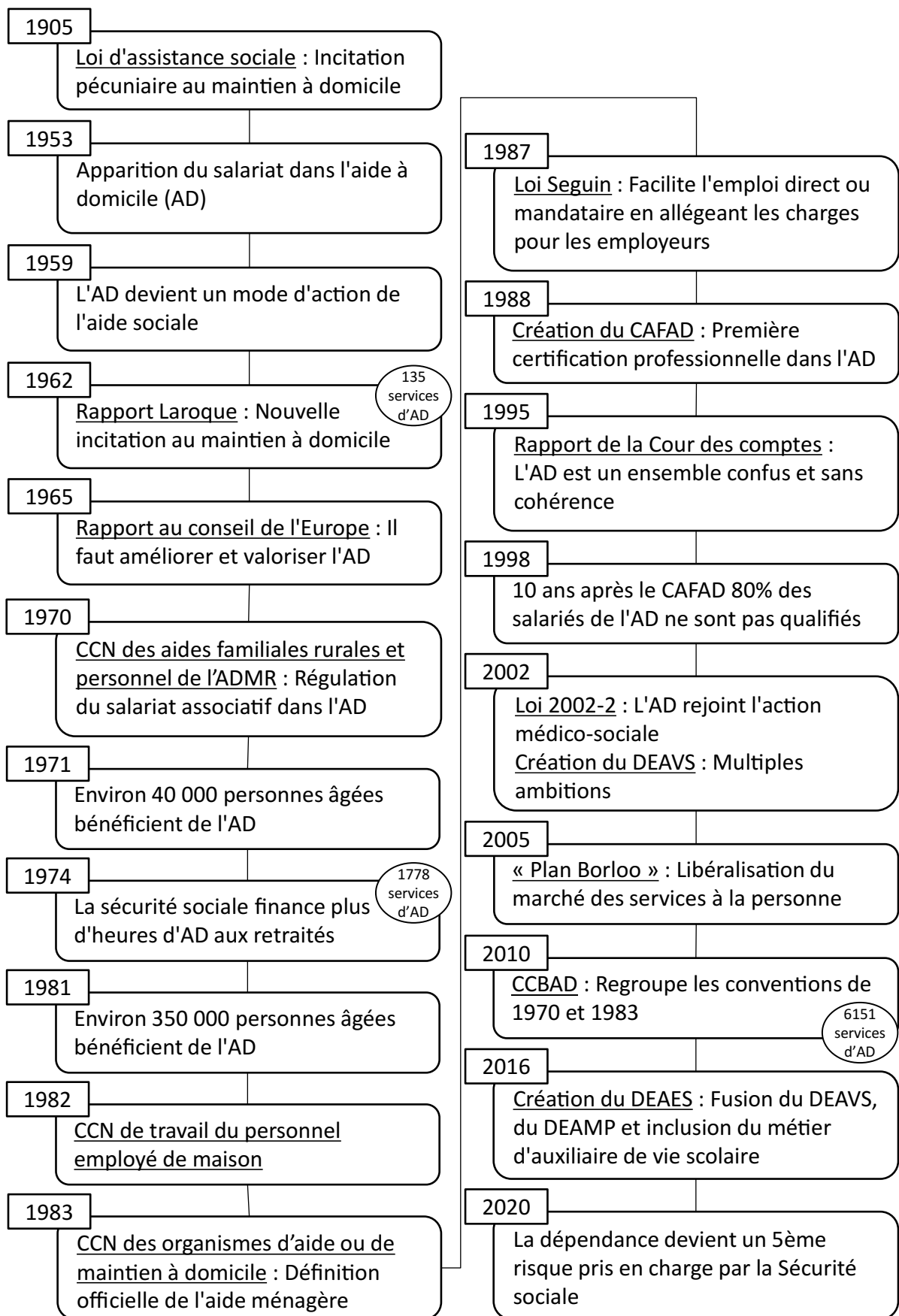


Figure 1.1 : Grandes étapes de construction du secteur de l'aide à domicile

1.1.1.2. Définition législative des emplois et de l'activité prescrite des aides à domicile

Nous aborderons ici la définition des emplois et de l'activité prescrite du point de vue législatif, à partir des textes actuellement en vigueur de la Convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 21 mai 2010 (CCBAD). Nous nous focalisons sur cette convention car c'est celle qui régit le fonctionnement de notre terrain de recherche. Pour faciliter la lecture de cette partie, toutes les citations issues de la convention seront mises entre guillemets et en italique et nous ne ferons apparaître que les numéros de pages.

En guise d'avant-propos, revenons brièvement sur les modalités d'emploi de l'aide à domicile, qui sont au nombre de trois (Bondéelle et al., 2007). Une organisation dite prestataire est employeuse des salariées qui interviennent chez les bénéficiaires, on peut alors parler de service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). En mandataire, une organisation se charge du recrutement de la salariée, des démarches administratives, et de la mise en contact avec le bénéficiaire qui est alors l'employeur. En emploi direct, le bénéficiaire est employeur, se charge du recrutement et de la gestion administrative sans intervention d'une organisation tierce. En outre, les employeurs prestataires ou mandataires peuvent être de trois ordres (Rahou, 2013). Ils peuvent relever de l'économie sociale et solidaire (associations), du secteur public (Centres Communaux d'Action Sociale [CCAS]), ou du secteur privé lucratif.

La CCBAD décompose le métier d'aide à domicile en trois catégories, A pour agente à domicile, B pour employée à domicile et C pour auxiliaire de vie sociale, par ordre de qualification et de rémunération croissante. La modalité d'emploi (prestataire, mandataire, direct) est indépendante de la catégorie (A, B, C). Nous présenterons et observerons les quatre axes définitoires utilisés pour décrire ces trois catégories : « *la finalité* », « *les principales activités* », « *les conditions particulières d'exercice de la fonction* », et « *les conditions d'accès/compétence* » (p. 43). Pour comprendre comment elles ont été construites, nous ferons de même avec les cinq critères servant à les discriminer : « *complexité* », « *autonomie* », « *impact des décisions prises* », « *relations* » et « *compétences* » (p. 74). Avisant que plusieurs auteurs ont déjà procédé à une analyse de la CCBAD (par exemple Disquay, 2015 ; Trabut, 2014c), nous choisissons malgré tout de

proposer ici notre propre lecture. Nous considérons que la démarche familiarisera les lecteurs et lectrices avec des facteurs qui impactent fortement la santé au travail des aides à domicile, comme par exemple un flou prescriptif aussi remarquable que délétère.

1.1.1.2.1. Les quatre axes définitoires

La finalité

Le tableau 1.1 reprend les principaux termes utilisés dans la CCBAD concernant la finalité de chaque emploi.

Tableau 1.1 : Comparatif des finalités en termes d'actions prescrites, de tâches ciblées et de public accompagné, pour les trois catégories d'emploi d'aide à domicile selon la CCBAD

Intitulé	Agent(e) à domicile	Employé(e) à domicile	Auxiliaire de vie sociale
Catégorie	A	B	C
Actions prescrites	- Réalise et aide	- Réalise et aide - Assiste et soulage	- Aide à faire (stimule, accompagne, soulage, apprend à faire) - Fait à la place
Tâches ciblées	- Activité domestique et administrative simple	- Activité domestique et administrative simple - Actes ordinaires de la vie courante	- Actes ordinaires de la vie courante - Accompagnement social et vie quotidienne
Caractéristiques et capacités du public accompagné	- Peut exercer un contrôle/suivi sur les tâches	- Ne peut plus faire en totale autonomie - Ne peut plus faire seul - A des difficultés passagères	- Fragile - Est dans l'incapacité de faire

Nous pouvons observer que d'une catégorie à l'autre, ce que nous choisissons ici d'appeler le type d'actions prescrites, les tâches ciblées, et les caractéristiques du public potentiellement accompagné évoluent dans le sens, semble-t-il, d'une complexification ou d'un enrichissement. Cependant, nous notons également une forme de recouvrement entre les catégories, particulièrement concernant les actions et tâches. Ces catégories, plutôt que des éléments disjoints, montrent une forme de continuité de l'une à l'autre. Par exemple,

l'action « réalise et aide » relie les catégories A et B, de même que les tâches relevant des « actes ordinaires de la vie quotidienne » se retrouvent de la catégorie B à la C. Il n'en va que partiellement de même pour les caractéristiques du public accompagné. En effet en A la personne aidée peut exercer un contrôle ou un suivi, et en B elle ne peut plus faire seule, or ces deux degrés de capacité ne nous apparaissent pas comme incompatibles. En revanche, la catégorie C tranche nettement, puisque la personne aidée entre dans le domaine de la fragilité et elle est dans l'incapacité de faire, y compris en étant accompagnée supposons-nous.

Ce premier axe de définition nous paraît donc créer des catégories parfois poreuses, parfois hermétiques. Il ne s'agit là que d'un constat, que nous voulons exempt de quelques velléités évaluatives. Qu'en est-il des trois autres axes définitoires et des cinq critères discriminants ?

Les principales activités

Le tableau 1.2 présente les activités attribuées à chaque catégorie.

Tableau 1.2 : Comparatif des principales activités, pour les trois catégories d'emploi d'aide à domicile selon la CCBAD

Catégorie - Intitulé	Principales activités
A - Agent(e) à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser les travaux courants d'entretien de la maison - Assister dans les démarches administratives simples
B - Employé(e) à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Aider dans les actes essentiels de la vie quotidienne - Aider dans les activités de la vie quotidienne
C - Auxiliaire de vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner et aider dans les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilité, aide à la toilette, aide à l'alimentation...) - Accompagner et aider dans les activités ordinaires de la vie quotidienne (aide à la réalisation des courses, aide aux repas, travaux ménagers) - Accompagner et aider les personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle (stimule les relations sociales, accompagne dans les activités de loisirs...) - Participer à l'évaluation de la situation et adapter son intervention en conséquence - Coordonne son action avec l'ensemble des autres acteurs

Que pouvons-nous relever ici ?

D'abord, nous sommes à nouveau en présence d'une catégorisation mi-poreuse, mi-hermétique : les actes essentiels de la vie quotidienne sont communs aux catégories B et C, l'entretien ou le travail ménager est transversal, mais l'accompagnement dans les activités de la vie sociale est propre à la catégorie C.

Ensuite, parmi les activités partagées par les catégories B et C, on peut noter deux éléments. Premièrement, des précisions sont ajoutées pour l'AVS. Deuxièmement, il y a une évolution du vocable dans les verbes associés à ces activités communes. Prenons l'exemple des actes essentiels de la vie quotidienne, partagés par AVS et employée à domicile. Pour l'AVS, les formes possibles de l'activité sont déclinées (aide à la mobilité, aide à la toilette, aide à l'alimentation...). Partant du même exemple, l'employée à domicile « aide » dans les actes en question, tandis que l'AVS « aide » et « accompagne ». Quel sens donner à ces différences, si tant est qu'il y en a un ? S'agit-il de différences laissées au hasard, ou d'un moyen de différencier les catégories ? Est-il question de sous-entendre, de donner l'impression d'une distinction, ou tout simplement de gagner de l'espace sur la page ? Dans tous les cas, il nous semble qu'une place non négligeable est cédée à la libre interprétation. Ces questionnements peuvent paraître superflus ou redondants, mais ils sont pour nous symptomatiques d'un certain nombre de difficultés du secteur.

Dernier aspect que nous souhaitons relever, le fait d'adapter son intervention en fonction de l'évaluation faite de la situation, ainsi que la coordination avec les autres acteurs, sont des activités spécifiques aux AVS. Cela implique que les agentes et employées n'en ont pas besoin, ou bien qu'un tiers leur permet de le faire.

Les conditions particulières d'exercice de la fonction

Ici, un seul point distingue la catégorie A, des catégories B et C. L'agente à domicile « ne peut intervenir habituellement et de façon continue chez des personnes dépendantes ni auprès de publics en difficulté » (p. 43). Là encore, quel sens précis et opérationnel pouvons-nous tirer des indicateurs temporels « habituellement » et « de façon continue » ? Signifient-ils que ponctuellement, en deçà d'une certaine fréquence, il est acceptable de missionner des agents à domicile dans des situations relevant de l'accompagnement de la dépendance ?

Disquay (2015) relève la difficulté que cela pourrait induire pour les professionnelles « faute de qualification et d'autonomie décisionnaire dans [leur] travail » (p. 69). D'autre part cet indicateur temporel, aussi peu décisif soit-il, n'est pas présent pour l'employée à domicile. La frontière entre employée et AVS, établie dans l'axe « *finalité* » via les caractéristiques du public accompagné, ne semble donc pas être mentionnée ici. Le questionnement entamé plus tôt quant à la précision incertaine des activités décrites, commence peut-être à gagner en intérêt, s'il en semblait jusqu'alors dénué.

Les conditions d'accès/compétences

L'agente à domicile peut être recrutée sur la base d'un test et d'un entretien d'embauche, sans qualifications particulières puisque « *la maîtrise de l'emploi est accessible immédiatement avec les connaissances acquises au cours de la scolarité obligatoire et/ou une expérience personnelle de la vie quotidienne* » (p. 43). Cela implique-t-il que la scolarité obligatoire, ou toute expérience d'une vie quotidienne, permettent de réaliser dans de bonnes conditions les travaux courants d'entretien du domicile et des tâches administratives simples ? Nous rappelons par ailleurs qu'elle est malgré tout susceptible d'intervenir exceptionnellement auprès de personnes en situation de dépendance.

L'employée à domicile doit être titulaire d'une qualification parmi une liste déterminée de 19 diplômes, titres et certificats, ou en cours d'accès au diplôme d'AVS. Elle doit en outre maîtriser les « *outils et techniques de base nécessaire à l'emploi* » (p. 43), ce qui, semble-t-il, n'est pas nécessaire à l'agent à domicile.

L'AVS doit être titulaire du DEAES spécialité accompagnement de la vie à domicile, ou des diplômes antérieurs le DEAVS ou le CAFAD, ou encore du diplôme d'État de technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF), associé à 6 mois d'expérience dans l'intervention à domicile. Il doit également maîtriser les « *outils et techniques de base nécessaire à l'emploi* » (p. 47).

Récapitulons nos observations sur les quatre axes permettant la définition des catégories d'emploi.

La finalité montre une porosité partielle, des chevauchements d'une catégorie à l'autre, dans les actions, tâches et caractéristiques du public. Certains éléments sont

assurément communs à au moins deux catégories, pour d'autres il est suggéré une certaine exclusivité. Plus on progresse en catégorie d'emploi, plus la finalité s'enrichit.

Les principales activités, là encore révèlent des frontières partiellement poreuses entre les catégories et surtout une grande place à l'interprétation. En effet, les activités peuvent être plus ou moins communes aux différents emplois, comme si elles se situaient sur un continuum qui irait de « explicitement partagée » à « strictement spécifique », en passant par toute une gamme de « potentiellement », « partiellement », ou « supposément ». Plus on progresse en catégorie d'emploi, plus l'éventail d'activités se diversifie tout en conservant une base commune.

Les conditions d'exercice érigent une forme de garde-fou autour de l'activité de l'agent à domicile, mais dont le degré de netteté permet, une fois de plus, une large déclinaison d'interprétations. Ces conditions ne discriminent d'ailleurs aucunement les employées des AVS, ce qui nous invite à questionner la cohérence entre les différents axes définitoires.

Les conditions d'accès et compétences précisent sans ambiguïtés les diplômes nécessaires aux catégories B et C. Elles exposent tout aussi clairement que la scolarité ou toute forme d'expérience d'une vie quotidienne sont l'une comme l'autre suffisantes pour maîtriser « *immédiatement* » (p. 43) l'emploi en catégorie A.

1.1.1.2.2. Les cinq critères discriminants

La caractérisation de chaque catégorie d'emploi selon ces critères est résumée dans le tableau 1.3.

La complexité

La distinction de A à B se fait d'une part sur le passage d'activités « *simples* » à « *relativement simples* » (p.75), et d'autre part sur l'apparition de la dimension relationnelle. « Comme si l'agent de catégorie A en était affranchi », souligne Disquay (2015, p. 68) alors qu'il s'agit là d'intervenir au domicile, ce qui implique de nombreux enjeux relationnels et émotionnels, nous le verrons par la suite.

La distinction de B à C repose sur un passage à des activités relativement élaborées, et à l'introduction de la notion de savoir théorique. On suppose donc que l'emploi en

catégorie B ne fait pas appel à un quelconque savoir théorique, malgré l'intervention auprès de publics en difficulté voire en situation de dépendance. On suppose également que la dimension relationnelle est maintenue de B à C, même si ce n'est pas explicite.

Tableau 1.3 : *Comparatif des trois catégories d'emploi d'aide à domicile selon les cinq critères discriminants utilisés par la CCBAD*

Intitulé	Agent(e) à domicile	Employé(e) à domicile	Auxiliaire de vie sociale
Catégorie	A	B	C
Complexité	- Principalement activités simples - Savoir-faire pratique	- Activités relativement simples - Savoir-faire pratique et/ou relationnel	- Travaux qualifiés, relativement élaborés - Savoir-faire pratique associé à savoir théorique
Autonomie	- Application de règles préétablies ou strictement organisées par un responsable	- Application de règles préétablies - Adaptation aux circonstances nécessitant une réponse immédiate	- Application de règles préétablies - Adaptation aux circonstances de natures diverses
Impact des décisions prises	- Peu d'impact sur d'autres postes de travail	- Impact relativement limité sur d'autres postes de travail	- Impact limité sur d'autres postes de travail
Relations	- Essentiellement recevoir les consignes	- Le plus souvent recevoir et transmettre des informations en interne ou en externe	- Recevoir et transmettre des informations en interne ou en externe - Sur un plan général, rendre compte de sa mission
Compétences	- Connaissances liées à la scolarité obligatoire et/ou expérience personnelle de la vie quotidienne	- Maîtrise des outils et techniques de base nécessaires à l'emploi - Recul acquis par l'expérience et/ou diplôme de niveau V de l'éducation nationale	- Bonne maîtrise des outils de base nécessaires à l'emploi - Recul acquis par l'expérience et/ou diplôme de niveau IV ou V de l'éducation nationale

L'autonomie

Nous notons que la nécessité de s'adapter est propre aux catégories B et C, et absente de la catégorie A malgré la nature même du travail, a fortiori dans le cadre de

l'intervention à domicile. L'application de règles est commune aux trois catégories, mais le rôle du responsable n'est mentionné que dans la A. De B à C, le type d'adaptation requise se diversifie. Pour rappel, nous avons noté en nous intéressant aux « principales activités » que la coordination avec d'autres acteurs et le fait de participer à l'évaluation d'une situation pour adapter son intervention sont spécifiques à la catégorie C.

L'impact des décisions prises

De « *peu d'impact* » à un « *impact limité* », la catégorie semble ne jouer que peu dans « *l'influence de l'emploi sur le fonctionnement et le résultat de l'équipe ou de l'entité* » (p. 75).

Les relations

Pour ce critère, c'est la transmission/réception d'informations qui distingue l'emploi en catégorie A des emplois en B et C, puisque le seul lien qui relie l'agente à domicile à son environnement de travail est un lien de subordination, de réception de consignes. Employées et AVS sont démarquées par le fait de rendre compte de sa mission, propre à la catégorie C.

Les compétences

Nous retrouvons ici les éléments présentés plus tôt, durant l'observation des « conditions d'accès/compétence ». Notons que si le critère, dans sa définition même, suppose des acquis obtenus au cours de formations ou d'expériences professionnelles, cela n'empêche pas que l'emploi d'agente à domicile ne requière rien de la sorte.

Point d'étape

Cette analyse de la CCBAD nous permet de constater une porosité entre les catégories, qui partagent un grand nombre de points communs, autant en termes de finalités et d'activités, que de conditions dans lesquelles les réaliser. Nous relevons aussi que cette définition des emplois proposée par la CCBAD laisse beaucoup de place à l'interprétation et à la conjecture.

Ces deux observations produisent selon nous une impression d'indétermination. À la lecture de ces définitions d'emplois, nous parvenons à construire une représentation de ce que sont globalement les métiers d'aide à domicile. Toutefois, nous ne saurions réellement établir des frontières nettes entre eux, trancher avec certitude quant à ce qui les distingue véritablement, mis à part sur certains points sans équivoque, comme leurs conditions d'accès. En outre, cela nous amène à plusieurs questionnements :

- Comment se fait-il qu'une agente à domicile n'ait besoin d'aucune forme de préparation, d'aucune « *base nécessaire à l'emploi* » ?
- Comment se fait-il qu'elle soit tout de même susceptible d'intervenir auprès de publics en difficultés, ce qui relève des catégories B et C auxquelles l'accès est conditionné ?
- Comment se fait-il que les employées (B) n'aient pas à mobiliser de savoirs théoriques, si elles interviennent dans des situations similaires à celles que connaissent les AVS (C) ? Et que malgré ce terrain commun, seuls les AVS soient amenées à se coordonner avec d'autres acteurs ?
- Comment se fait-il, quelle que soit la catégorie considérée, que ces emplois aient un impact au maximum « *relativement limité* » sur le fonctionnement et les résultats de leur équipe de travail et de leur organisation ?

Nous sommes tentés de nous demander dans quelle mesure cette manière de catégoriser les emplois participe à la reconnaissance d'un secteur, d'un diplôme et des salariées autant qu'elle facilite potentiellement le fait d'embaucher des candidates sans qualifications donc à moindre coût, ainsi qu'à favoriser les glissements de tâche d'une catégorie à l'autre. Par ailleurs, comme le souligne Trabut (2014c) « force est de constater que ce flou entourant la définition de l'activité rencontre souvent la prescription

administrative de ce qui est ou n'est pas pris en charge par les politiques publiques du maintien à domicile » (p. 26).

Nous verrons au fil des parties suivantes que ces questionnements trouvent nombre d'échos dans les apports scientifiques sur les difficultés que connaissent le secteur de l'aide à domicile et ses salariées.

Aussi, pour le reste de ce document, nous désignerons les salariées comme intervenantes à domicile, aidantes professionnelles, ou aides à domicile (AD). Nous ne tiendrons pas compte des catégories, puisque le principal critère de distinction sur le terrain s'avère être l'intervention en situation de dépendance, et dans la majeure partie des cas, toutes les professionnelles sont susceptibles d'être mobilisées dans le cadre de ces situations (Disquay-Perot & Egado Portela, 2017). Quant aux bénéficiaires, usagers, personnes aidées, qu'il s'agisse de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap, nous pourrions utiliser le terme générique de personne aidée (PA).

1.1.2. L'aide à domicile, secteur tourmenté, secteur d'avenir

1.1.2.1. Un secteur sinistré peinant à recruter face à des besoins croissants

1.1.2.1.1. De forts besoins de prise en charge

Le secteur de l'aide à domicile est placé au croisement de plusieurs enjeux par la parole politique : des enjeux de citoyenneté, sociétaux, familiaux et sociaux (Jany-Catrice, 2010). Il est associé à des enjeux de citoyenneté car faire appel à l'aide à domicile, c'est contribuer au fonctionnement d'un secteur pourvoyeur d'emplois. Il porte un enjeu sociétal puisqu'il est censé produire du bien-être, et familial en permettant de soulager les ménages dans la réalisation des tâches domestiques. Mais il porte surtout un enjeu social, en ce qu'il doit permettre la prise en charge de publics fragilisés (Jany-Catrice, 2010).

La gestion des publics vulnérables est en effet un enjeu majeur (Devetter & Messaoudi, 2013), qui ne va que gagner en importance avec le vieillissement de la population et l'augmentation des besoins d'accompagnement de la dépendance (Brunel & Carrère, 2017). Il existe différentes manières de définir la dépendance, mais elle est caractérisée le plus souvent par un ou plusieurs éléments du triptyque suivant : maladie chronique, limitation fonctionnelle, restriction d'activité (Brunel & Carrère, 2017). Avec la grabatisation, les situations à domicile sont de plus en plus complexes, les personnes étant plus âgées, les situations de handicap plus lourdes (Brasseur et al., 2010). La prise en charge de cette dépendance repose sur deux piliers que sont l'aide humaine et son financement (Brunel & Carrère, 2017). Nous nous intéresserons à la question du financement d'ici quelques paragraphes.

Qu'en est-il de l'aide humaine ? Elle est de deux natures : familiale et professionnelle. En effet, la plupart des bénéficiaires de l'APA, public en situation de dépendance, sont aidés par des proches dont les principales tâches gravitent autour de l'organisation de la vie quotidienne (Aldeghi & Loones, 2010). Ainsi une grande part de l'accompagnement de la dépendance repose sur les aidants familiaux, seulement... avec les évolutions du modèle familial et la féminisation du marché de l'emploi (Bouvier et al., 2010), on anticipe une baisse du nombre de ces aidants informels. Cela implique, malgré leur rôle primordial, une

augmentation, une banalisation probable du recours à l'aide professionnelle à domicile (Aldeghi & Loones, 2010), donc la nécessaire croissance de ces services (Bouvier et al., 2010).

Mais voilà, le secteur de l'aide à domicile comme puni par Némésis pour avoir l'audace, l'hybris, d'être aussi indispensable à la société, se trouve durement mis à mal. Il connaît d'une part une sinistralité substantielle et de l'autre des difficultés considérables de recrutement. Il ne s'agit toutefois pas là d'une intervention mythique, et nous allons à présent tenter de comprendre les origines, certaines d'entre elles du moins, de ces achoppements.

1.1.2.1.2. Une sinistralité préoccupante

Nous avons mentionné la sinistralité, décrivons-la succinctement. Elle est de fait notablement plus élevée dans l'aide à domicile, en comparaison du niveau moyen national, spécifiquement quant à la fréquence et à la gravité des accidents de travail et des accidents de trajet (Brasseur et al., 2010). En outre, en 2015, alors que tous secteurs confondus, la fréquence des accidents de travail se stabilise ou continue à diminuer (-2,5 % pour le BTP par exemple), elle augmente fortement (3 à 4 %) pour le secteur des services à la personne (Planchard & Serrano, 2016). Ces accidents sont principalement liés aux chutes et manutentions manuelles, mais les troubles musculosquelettiques (TMS) sont également très présents (Brasseur et al., 2010). Les accidents et TMS conduisent à de nombreuses restrictions d'aptitude, voire inaptitudes au travail (Albu et al., 2015). La question du maintien dans l'emploi, sachant cela, représente un réel défi (Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales [CNRACL], 2012). Pour finir sur ce point, la problématique de la gestion des carrières des salariées vieillissantes peut également s'avérer très délicate (CNRACL, 2012) bien qu'essentielle étant donné la moyenne d'âge élevée des salariées du secteur (Brasseur et al., 2010).

Dans la partie sur les déterminants de la santé des AD, nous explorerons certains facteurs de cette sinistralité, ceux qui touchent à la nature et aux conditions de réalisation de l'activité d'aide à domicile. Passons donc à présent à la question des difficultés de recrutement.

1.1.2.1.3. Un secteur en mal de candidates

De fait, le secteur de l'aide à domicile peine globalement à recruter et à fidéliser ses salariées (Pôle Emploi, 2018), bien qu'il y ait des variations selon les zones géographiques (CNRACL, 2012 ; Nicot & Yahiaoui, 2008). Les freins à l'attractivité sont nombreux et entrent vraisemblablement en résonance les uns avec les autres. Nous proposons ici de les répartir en trois classes : une « image dégradée » (Rahou, 2013, p. 15) du métier, une pénibilité communément admise et pourtant non reconnue, des conditions d'emploi très peu attractives. Certains des éléments que nous évoquerons ici entretiennent certainement des liens avec les déterminants de la santé au travail des AD, mais nous ne détaillerons pas pour l'instant.

Une image dégradée

Les métiers des services à la personne ont une image « souvent négative » (Brasseur et al., 2010, p. 20) et sont associés aux « petits boulots » (Bouvier et al., 2010, p. 58). Cela tient notamment au fait que le métier d'aide à domicile demeure assimilé à un travail domestique circonscrit aux tâches ménagères² (Rahou, 2013) et/ou ingrates (Nicot & Yahiaoui, 2008). En outre, le fait que le métier soit accessible sans diplôme accentue l'invisibilisation des compétences, relationnelles en particulier, qui ne sont par ailleurs pas formalisées (Nicot & Yahiaoui, 2008). Effectivement, les qualifications sont distinguées sur la base des tâches techniques à réaliser et dévalorisent de ce fait les compétences « relationnelles, comportementales ou sociales » (Bouvier et al., 2010, p. 57) indispensables à la nécessaire co-construction entre salariée et PA. La dévalorisation fréquente que peuvent rencontrer les AD lors de leurs interventions de la part des PA, de leur entourage, ou d'autres acteurs, participe, au même titre que le manque de communication des financeurs, à une « absence de reconnaissance sociale et professionnelle » (Nicot & Yahiaoui, 2008, p. 37). Ennuyer (2018) va plus loin pour qualifier ce manque de reconnaissance invétéré et expose un mépris social, notamment venant des financeurs du secteur qui parlent « de "femmes de ménage" au lieu d'aide à domicile » (Ennuyer, 2018, p. 26). Malgré cette situation déplorable, le principal attrait de ce métier reste la notion de contact, de lien avec les PA (Brasseur et al.,

2 Nous pourrions interroger la connotation négative que porte le travail ménager, certain(e)s l'ont très probablement fait, mais ce n'est pas l'objet de notre travail. Nous n'établissons bien sûr en aucun cas de hiérarchie de valeur entre les professions quelles qu'elles soient.

2010). À ce stade, lecteur, lectrice, l'impact de l'histoire du métier, de ce passé de charité féminine devrait commencer à s'esquisser.

Un métier réputé pénible

La pénibilité du métier d'aide à domicile, sur laquelle nous reviendrons plus en détail subséquentement, n'est pas étrangère à son manque d'attractivité. Qu'elle soit physique ou psychique (Rahou, 2013), elle est à la fois bien identifiée et bien peu reconnue et compensée (Devetter & Messaoudi, 2013). Sans compter que les conditions de travail sont réputées difficiles (Bouvier et al., 2010), ce qui nous amène au troisième type de frein à l'attractivité.

Une faible qualité d'emploi

Le métier d'aide à domicile pâtit d'une mauvaise qualité d'emploi (Devetter et al., 2012), le bas salaire en est un aspect révélateur : en catégorie A, la CCBAD implique que les 18 premières années de progression salariale sont inférieures au salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC). Un premier niveau d'explication de ces faibles émoluments se trouve dans la conjugaison d'une rémunération horaire modique (Bailly et al., 2012), de temps « périphériques » mal dédommagés (Nicot & Yahiaoui, 2008, p. 35) et de temps de travail souvent partiels (Trabut, 2013). Devetter et Messaoudi (2013) soulignent par ailleurs que du fait de ces temps « sous-rémunérés » (p. 64), le salaire augmente moins vite que le temps de travail. Autrement dit « le supplément de revenu n'est pas proportionnel à l'effort demandé en termes de temps de travail » (p. 64). De surcroît, selon la modalité d'emploi, la variation d'activité peut fortement impacter les revenus des professionnelles (Nicot & Yahiaoui, 2008). Ces éléments confortent l'étude de Nicot et Yahiaoui (2008), dans laquelle les AD considèrent la rémunération comme le principal frein à l'attractivité. En plus de cet enjeu pécuniaire, le métier arbore de fortes contraintes temporelles (Devetter et al., 2012). Il implique un travail morcelé comprenant de nombreux déplacements et des horaires variables (Trabut, 2013). Par ailleurs, c'est un travail intense, isolé, avec des amplitudes élevées, des coupures dans la journée de travail et des horaires parfois atypiques, supposant un difficile équilibre entre vie professionnelle et personnelle (Nicot & Yahiaoui, 2008). Enfin, il y a peu de progression liée à l'ancienneté et peu de possibilités d'évolution professionnelle, interne comme externe (Bailly et al., 2012).

Il peut néanmoins y avoir des candidates à se présenter bien sûr, mais beaucoup ne sont ni qualifiés, ni conscients des réalités du métier (Disquay-Perot & Egidio Portela, 2017). Le métier ayant été beaucoup présenté comme accessible à tous et toutes, sans qualifications, les abandons de poste sont nombreux, parfois « le jour même » soulignent certains auteurs (Disquay-Perot & Egidio Portela, 2017, p. 52). Nicot et Yahiaoui (2008) rapportent également qu'une part importante des nouvelles embauches ne reste pas dans le poste, une fois confrontée à la réalité du travail, et précisent les caractéristiques de « celles qui restent » (p.35). Elles sont soit imprégnées de motivation, soit entrent dans le métier pour un complément de revenu donc sont peu impactées par les conditions d'emploi, soit restent « par besoin et par défaut » (p.35).

En résumé, les emplois d'aide à domicile sont à « temps partiel, fractionnés, peu visibles » et non reconnus « ni matériellement, ni symboliquement » (Trabut, 2013, p. 47).

Au fil de cette sous-partie, nous avons montré en quoi le secteur de l'aide à domicile est et sera de plus en plus nécessaire à la société, en tant que protagoniste de la prise en charge de la dépendance. Nous avons ensuite exploré les difficultés les plus visibles et prégnantes de ce premier pilier de l'accompagnement de la dépendance, l'association d'une forte sinistralité et d'importants soucis de recrutement et de fidélisation.

Quid du second pilier, quid du financement de cette aide humaine professionnelle essentielle et pourtant si peu reconnue ?

Nous y venons, puisque nous allons à présent parcourir les explications politiques et financières aux tribulations du secteur de l'aide à domicile. Nous allons bénéficier de l'éclairage de la littérature scientifique pour découvrir son instabilité constituante et organisée. Point trop d'enthousiasme toutefois, notre ambition n'est pas de plonger en profondeur dans les ressorts politico-gestionnaires sous-tendant l'administration du secteur, ces eaux-là ne relèvent pas de notre expertise. En revanche nous souhaitons au moins en effleurer la surface, voire pourquoi pas nous immerger de quelques empan et en prendre la température. Notre objectif ici est que ces enjeux macroscopiques complexes ne restent pas qu'une ombre engloutie, dont on soupçonne les incidences sur la santé au travail des aides à domicile sans pouvoir aucunement en percevoir la portée.

1.1.2.2. Un secteur chaotique à l'instabilité constitutive héritée et pérennisée

Nous verrons dans cette partie en quoi le secteur de l'aide à domicile se trouve aujourd'hui dans un fonctionnement instable. Dans un premier temps, nous aborderons l'impact des politiques publiques ayant peu ou prou structuré le secteur de l'aide à domicile. Ensuite nous nous intéresserons aux effets de la professionnalisation. Nous passerons par une brève analyse du positionnement du secteur vis-à-vis du système de santé. Puis nous tenterons de comprendre les difficultés financières du secteur. Nous terminerons sur les raisons expliquant pourquoi il est ardu d'améliorer les conditions de travail et d'emploi du secteur.

1.1.2.2.1. Un secteur aux fondements instables

Pour rappel, notre brève revue historique a posé les bases suivantes : L'aide à domicile est apparu au 20ème siècle en France, avec l'objectif initial de maintenir à domicile les personnes en perte d'autonomie pour éviter les placements en institution, plus coûteux. Depuis lors, le secteur s'est diversifié, mais sans que les politiques publiques ne lui offrent de cadre « cohérent » (Capuano, 2017, p. 15). L'État n'a pas su l'accompagner pour lui permettre de faire face à l'augmentation des exigences du maintien à domicile. À plusieurs moments dans l'histoire, observation a été faite d'une précarisation impossible à résorber et d'un défaut d'attractivité (Ribault, 2008 ; Vanlerenberghe & Watrin, 2014). Les réponses des acteurs publics ont été guidées par deux biais. D'une part ils se sont focalisés sur « la création d'emploi et la maîtrise des coûts avant toute chose et quel qu'en soit le prix » (Ribault, 2008, p. 101). D'autre part, ils tenaient pour vraie « l'omnipotence du marché de concurrence pure et parfaite » (Ribault, 2008, p. 102). Ces logiques ont conduit à la libéralisation du marché et à la situation actuelle, « confuse et concurrentielle » (Capuano, 2017, p. 29).

Mais en quoi les politiques publiques qui en ont émergé se sont-elles concrètement révélées problématiques ?

Focalisation sur la croissance et les usagers

Pour commencer, il est principalement question du plan Borloo mis en application en 2005, évoqué lors de notre revue historique. Ennuyer (2012) détaille la nature des

conséquences de ce Plan de développement des services à la personne. Il explique d'abord que cette loi a occasionné une confusion entre les services de confort (jardinage, informatique, etc.) et les services d'accompagnement de la dépendance, ce qui a amené un mode de régulation basé sur le moindre coût et une loi de marché. Le plan a également eu pour effet de « créer une concurrence féroce » entre les organismes d'aide à domicile dont il a favorisé la démultiplication (Ennuyer, 2012, p. 149). Cet acte législatif, basé sur « une analyse du secteur [...] complètement erronée » a placé le secteur de l'aide à domicile dans une logique gestionnaire de réduction impérative des coûts, d'industrialisation et de « gains de productivité », sans tenir compte de la réalité des associations et des personnes sur le terrain, PA comme aidants professionnels et familiaux (Ennuyer, 2012, p. 150).

Trabut (2014a) souligne aussi que l'APA est issue d'une idéologie défendant le « libre choix » (p. 48) des personnes en situation de dépendance. Cela n'est pas sans rappeler les fondements du rapport Laroque de 1962, depuis lequel les pouvoirs politiques français ont toujours affirmé que les personnes âgées auraient le choix quant à leur lieu de vie en dépit de leur perte d'autonomie (Ennuyer, 2018). Or ce libre choix n'est conçu qu'au niveau individuel. C'est-à-dire que l'accent est mis sur les besoins des usagers, sans tenir compte de l'impact pour les acteurs concernés, notamment les services d'aide à domicile et les professionnelles (Trabut, 2014a). Par ailleurs, si le maintien à domicile est possible aujourd'hui d'abord grâce aux aidants familiaux, l'aide à domicile joue un rôle plus important auprès des personnes les plus dépendantes (Ennuyer, 2018).

Discours inconsistants et directives paradoxales

Le secteur a fait l'objet de très nombreux discours politiques soulignant son manque de professionnalisation et promettant du soutien pour une restructuration (Ennuyer, 2012). Pourtant Ennuyer (2012) souligne que les années 2010 voient « un recul de la reconnaissance du métier d'aide à domicile » (p. 153) par ces acteurs gouvernementaux et publics qui contribuent à le « rétrograder [...] dans le champ de la domesticité » (p. 154). D'autres travaux relèvent également un décalage entre le discours de ces acteurs, consensuel quant à la nécessité d'améliorer les conditions d'emploi, et les actions effectivement entreprises (Bailly et al., 2012). Par exemple, toujours suite au plan Borloo, la professionnalisation du secteur est liée à une « individualisation de la relation salariale »

(Ribault, 2008, p. 103) avec une augmentation de la proportion de l'emploi direct « encouragé » par les pouvoirs publics de l'époque (Ribault, 2008, p. 103).

Au-delà de certains écarts entre les paroles et les actes de divers acteurs publics, Ennuyer (2012) soulève des injonctions paradoxales, entre un mot d'ordre à la professionnalisation et une pression à la réduction des coûts. Il cite à l'appui un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales « on souhaite des personnels sélectionnés, bien encadrés qualifiés, rémunérés au plus proche du salaire minimum, mais faisant montre de grandes qualités humaines » (Roussille et al., 2009, p. 51). Effectivement les financeurs publics ont délivré des prescriptions contradictoires, puisqu'il fallait avancer vers la professionnalisation et gérer des situations nécessitant de plus en plus d'être qualifié, tout en limitant le niveau de qualification pour éviter les coûts salariaux (Garabige, 2015). De fait, le budget du secteur étant entièrement attribué à la formation et au salaire des professionnelles (définis par les conventions collectives), cette logique marchande conduit à limiter les qualifications et à diminuer les salaires (Ennuyer, 2012). Cette dynamique favorise par là même, au niveau opérationnel, les glissements de tâches causés par le déploiement de professionnelles insuffisamment formées (Garabige, 2015).

D'autre part, la volonté politique de professionnalisation est entrée en contradiction avec la tendance à « tirer le meilleur parti des spécificités individuelles des employées » (Gramain et al., 2014, p. 300). Si cette tendance s'observe du côté des PA et de leurs attentes de « dévouement personnel, incompatibles avec l'idée d'un service standard fourni par un personnel interchangeable » (p. 301). Elle se remarque aussi de la part des employeurs et de leurs exigences très fortes vis-à-vis de ces « salariées mal payées et peu valorisées » (p. 301).

Nous sommes donc en présence d'un secteur qui, dès le début du 21^e siècle, a été « entraîné [...] dans un processus de rationalisation industrielle des tâches » (Weber, 2014, p. 39). Les politiques publiques présidant à son développement ont dans un même élan donné naissance à une régulation marchande qui oppresse professionnelles comme usagers (Weber, 2014), et participé à entretenir l'idée que le rôle de l'aide à domicile relève d'une domesticité moderne (Ennuyer, 2012). Ce faisant, les pouvoirs publics nient l'apport considérable de ces métiers en termes de cohésion sociale, estropient le processus de reconnaissance, et ainsi ne posent pas la question primordiale de l'accompagnement des

« plus fragiles d'entre nous avec des professionnels (hommes et femmes) formés, qualifiés, correctement payés et reconnus socialement. » (Ennuyer, 2012, p. 156).

Passons justement à la question de la formation. Quels bilans ont pu être faits au fil des étapes de la professionnalisation dans le secteur de l'aide à domicile ? Nous précisons d'ores et déjà que les effets plus que mitigés de la formation sur la pénibilité (Messaoudi et al., 2012) seront abordés dans la partie sur les déterminants de la santé au travail des AD.

1.1.2.2.2. Une professionnalisation peu décisive

Tout d'abord de manière assez générale, en 2008, moins de 40% des AD possèdent un diplôme en lien avec leur métier (Mansuy & Marquier, 2013). En resserrant la focale sur le diplôme d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), Trabut (2014b) souligne d'emblée que près de la moitié de ces diplômes sont attribués uniquement en validation des acquis de l'expérience (VAE). Autrement dit, une part substantielle des titularisations d'AVS a lieu « sans temps de formation et donc sans espace collectif d'apprentissage » (p. 76). Quant aux effets de l'accès au DEAVS sur la qualité d'emploi, ils sont pour le moins nuancés Trabut (2014b) : les professionnelles se voient attribuer plus de situations de dépendance (souvent planifiées les soirs et matins) donc une plus grande amplitude horaire, les interventions sont légèrement plus courtes donc l'activité plus morcelée, l'activité est soumise à plus d'aléas étant donnée la fragilité du public, on trouve une plus grande proportion de CDD, et pour finir, le diplôme ne renforce pas forcément les professionnelles sur le marché de l'emploi puisque c'est avant tout la flexibilité (temporelle et en termes de tâches acceptées) qui est recherchée par les employeurs. Enfin, la qualification est censée déterminer les situations dans lesquelles les AD sont déployées, mais dans les faits ce n'est pas aussi tranché, comme nous l'avons évoqué précédemment (Disquay, 2015). Les professionnelles sans qualification interviennent quand même pour de l'accompagnement dans des contextes de dépendance, et les salariées qualifiées interviennent quand même dans des situations de service aux familles pour des tâches ménagères (Disquay, 2015).

Avec ces quelques pages, nous avons vu en quoi certaines politiques publiques ont fortement contribué à construire et à pérenniser l'instabilité du secteur. Puis nous avons décrit les effets limités de la professionnalisation sur les conditions d'emploi.

Nous allons maintenant nous intéresser à la question de l'insertion de l'aide à domicile dans le système médico-social. Enfin nous passerons aux difficultés de financement et d'amélioration du secteur.

1.1.2.2.3. La difficile insertion dans le système de santé

Une coordination déficiente

Nous ne prendrons pas de détours, le secteur de l'aide à domicile peut être considéré comme un « parent pauvre du système de santé » (Gallois, 2013). Qu'est-ce qui conduit les auteurs à résumer ainsi la réalité ? Deux exemples nous serviront à initier le propos.

Insergueix (2014) décrit le rôle essentiel des assistantes sociales hospitalières, qui « détiennent et exercent le plus légitimement l'expertise sociale de la dépendance à l'hôpital » (p. 242). Elles mettent parfois en place des plans d'aide provisoires, à l'intersection entre les contraintes institutionnelles, les contraintes financières des PA et les contraintes des services à domicile. D'autre part, les sorties d'hospitalisation sont souvent réalisées dans la précipitation. Les assistantes sociales hospitalières qui les organisent doivent faire au mieux avec des délais généralement courts dus aux contraintes internes (manque de lits notamment), mais aussi aux aléas du côté des familles. Elles sont contraintes d'organiser des sorties « à la dernière minute » (Insergueix, 2014, p. 235), du jour pour le lendemain. Si certains médecins s'assurent au préalable que la sortie peut se faire dans de bonnes conditions, d'autres exigent une sortie sans tenir compte des contraintes de mise en œuvre. Dans ce second cas, il incombe entre autres aux services d'aide à domicile d'amortir la pression comme faire se peut, nous verrons à quel point cela s'avère parfois délicat.

Autre exemple avec Xing (2014) qui détaille quant à lui le rôle des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dans les décisions d'entrée en institution, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible. Il s'agit souvent de situations complexes, parfois conflictuelles, potentiellement très chargées émotionnellement pour tous les acteurs impliqués, PA, aidants familiaux et aidants professionnels. Dans l'exemple que prend Xing, ce qui nous semble frappant, à travers le prisme de notre thématique, c'est l'absence de prise en compte des services d'aide à domicile. Si « le SSIAD est au bas de la hiérarchie des professions de santé [...] et il dispose de très peu de pouvoir médical » (Xing, 2014, p. 278), les professionnelles de l'aide à domicile ne semblent tout bonnement pas consultées dans la situation décrite. Tout

du moins, il n'est pas fait mention de la moindre interaction concernant une décision pourtant difficile. Ce, alors même qu'ils sont déterminants dans les faits, puisque la capacité qu'ont ou non les professionnels à s'occuper de la personne « est l'un des facteurs cruciaux dans la décision d'entrée en institution » (Xing, 2014, p. 286).

Que nous montrent ces deux exemples ? D'une part, les services d'aide à domicile sont en interaction avec le système de santé. Ils sont susceptibles de gérer des retours de PA à domicile à la dernière minute, suite à des sorties d'hospitalisation soudaines. Ils sont aussi en position d'intervenir aux côtés des SSIAD jusqu'au moment où le maintien à domicile des PA est remis en question. D'autre part, il est apparemment possible qu'ils n'aient parfois pas voix au chapitre, dans un cas comme dans l'autre.

Un écheveau de logiques d'accompagnement de la dépendance

Weber (2014) nous permet d'observer la situation avec un peu plus de recul. Il rappelle d'abord qu'une diversité de logiques entre en jeu dans la prise en charge de la dépendance, reposant sur autant d'acteurs qui sont mal coordonnés. Hôpitaux, services à domicile, aidants familiaux, service publique, professionnels du paramédical intervenant à domicile. Ensuite il précise que trois modèles de l'aide à domicile rémunérée sont apparus successivement et cohabitent toujours : le modèle domestique, le modèle sanitaire, le modèle social/industriel.

Dans le modèle domestique, le salaire et l'emploi du temps dépendent des ressources et des besoins de la PA, ainsi que de son rapport de force avec l'AD (Weber, 2014). Ce n'est pas sans lien avec l'individualisation du rapport salarial évoqué précédemment, à laquelle les politiques publiques ont largement contribué (Ribault, 2008).

Le modèle social/industriel est lié à la conjonction de l'organisation nationale et de spécificités sociohistoriques locales. Le salaire dépend des relations entre les financeurs publics et les employeurs d'aide à domicile, ainsi que du fonctionnement des organismes employeurs (Weber, 2014).

Le modèle sanitaire serait quant à lui marqué par « le mépris du milieu médical pour le type de soins que nécessite la dépendance » (Weber, 2014, p. 26). Il s'agit de soins s'inscrivant dans le long terme, qui ne peuvent espérer obtenir de guérison, qui dépendent d'une « main d'œuvre peu qualifiée » (p. 26) et s'avèrent assez éloignés d'un monde médical

valorisant « la prouesse technique et la guérison » (p. 26). Ce modèle est néanmoins plus favorable aux AD que le modèle domestique, puisque le salaire est déterminé par la grille liée à la qualification, par les besoins des PA évalués médicalement et le financement relève de l'assurance maladie. Si ce modèle ne s'est pas généralisé lorsque les politiques de la dépendance ont voulu quitter le modèle domestique, ce serait certes dû à « la crainte de l'explosion des coûts » (p. 26), mais également à ce mépris que le milieu médical entretiendrait à l'égard de la dépendance.

À la lumière de ces différents modèles, et particulièrement du modèle sanitaire, il paraît de plus en plus évident que le secteur de l'aide à domicile entretient un lien particulier avec le reste du système médico-social.

Un secteur étranger en sa patrie

Gallois (2013) complète cette observation en revenant sur un fragment de l'histoire commune au système de santé et à l'aide à domicile. À partir des 80's, le système de santé se réorganise à partir d'une « logique de rationalisation des soins » (Gallois, 2013, p. 23) dans laquelle l'aide à domicile représente une « forme alternative de prise en charge » nécessaire aux prises en charge de longue durée. Cela est cohérent avec l'intérêt qu'a pu avoir l'État pour l'aide à domicile en tant que vecteur de réduction des coûts, comme nous l'avons souligné précédemment. L'aide à domicile, poursuit Gallois, fait donc objectivement partie intégrante du système de santé, cependant, elle ne partage pas son fonctionnement. Dans l'aide à domicile, point de régulation de la quantité et de la compétence des professionnelles, comme on en trouve dans le milieu médical avec l'obligation de diplôme et le *numerus clausus*. Au contraire, les mécanismes de régulation de l'aide à domicile laissent libre champ à des structures « peu engagées dans la reconnaissance de la professionnalisation de leurs salariés » (Gallois, 2013, p. 27) et permettent une régulation minimale de la qualité. Second point, lorsque Gallois publie son article, la dépendance n'est pas reconnue comme un risque pris en charge par la sécurité sociale. En outre, sa récente prise en compte en tant que cinquième risque ne change pas l'absence d'uniformisation des financements sur les différents territoires que souligne Gallois. De fait, on en revient aux logiques politiques qui, en déterminant les conditions du développement du secteur via l'instauration d'une régulation marchande à visée de création d'emploi, ont « maintenu l'aide à domicile à la

frontière de la santé » (Gallois, 2013, p. 27). L'aide à domicile peut ainsi prendre part à la « régulation de la performance du système » (Gallois, 2013, p. 28), tout en permettant au monde politique d'éviter soigneusement une source d'augmentation des dépenses liées à la santé.

Il faudra nous pardonner notre trivialité, car nous ne pouvons nous empêcher de résumer les choses ainsi : Le secteur de l'aide à domicile est l'indispensable soupape de sûreté d'un système qui ne le reconnaît pas. Il absorbe la pression à bas bruit, supporte le poids des insuffisances, compense des dysfonctionnements systémiques à ses dépens, sans jamais être ni soutenu, ni reconnu pour cela.

Dit brièvement, le secteur est instable par construction, sa professionnalisation a eu un impact limité sur les conditions d'emploi, et il est au moins partiellement maintenu à l'écart du système de santé auquel il contribue largement. Que peut-on dire de son financement ? Sans grande surprise pour les lecteurs et lectrices, étant donné le passif du secteur : Il est largement insuffisant (Ennuyer, 2018).

1.1.2.2.4. Un financement inadéquat

L'aide à domicile repose sur deux systèmes de financement, propres à deux catégories d'activités réalisées (Bonamy et al., 2012). Une première source de financement réside dans les interventions « de confort » (ménage, garde d'enfant...) (Bonamy et al., 2012, p. 67). Il s'agit de situations où les payeurs sont des clients qui ne sont pas nécessairement en situation de dépendance ou de fragilité. La seconde source relève des interventions favorisant le soutien et le maintien à domicile, via de l'aide pour les activités de la vie quotidienne, de la vie sociale ou pour les « actes essentiels » (p. 67). Dans ce cas, le bénéficiaire paie avec plus ou moins d'aides financières des conseils départementaux (via l'APA en particulier), et de prestataires sociaux de type mutuelles, caisses d'allocations familiales (CAF) ou caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) (Bonamy et al., 2012).

Des contraintes multiples

Aussi, plusieurs facteurs se trouvent à l'origine des difficultés économiques du secteur, notamment concernant les associations en prestataire mais pas seulement. D'un côté, la structuration des services, la professionnalisation des intervenantes et de l'encadrement suppose une augmentation inévitable des tarifs (Ennuyer, 2012). En parallèle, une crise économique parmi les retraités a conduit à une diminution de la quantité d'heures demandées aux organismes prestataires, ou à une redirection de cette demande vers les modes mandataires ou emploi direct (Ennuyer, 2012). Puis l'APA, qui joue un rôle déterminant dans la mise en place d'interventions de soutien à la dépendance, s'avère être une ressource fluctuante. L'APA est attribuée à partir de la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR) ainsi définie par le site officiel de l'administration française (Service-Public, 2020) :

La grille nationale Aggir permet de mesurer le degré de perte d'autonomie du demandeur de l'APA. Elle sert à déterminer si le demandeur a droit à l'APA et, s'il y a effectivement droit, le niveau d'aides dont il a besoin. Les degrés de perte d'autonomie sont classés en 6 groupes iso-ressources (GIR). À chaque GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

En l'occurrence, l'accroissement du nombre de bénéficiaires de l'APA n'est pas forcément suivi d'une augmentation suffisante du volume de l'APA (Garabige, 2015). En effet, les conseils départementaux connaissent eux-mêmes des difficultés financières et des logiques de réduction des dépenses (Ennuyer, 2012). En tant que tarifificateurs devant assumer les objectifs fixés par l'État mais non soutenus en conséquence, ils sont en recherche de « rationalisation des coûts » (Puissant & Vatan, 2018, p. 213). Watrin et Barreyre (2017) illustrent ce point chiffres à l'appui : D'un côté en 2016 le coût moyen de l'heure pour une structure est de 25€, or 60% des départements paient à moins de 20.30€. De l'autre, la part de l'APA financée par l'État est passée d'environ 47% en 2002 à 31% en 2017. La pression subie par les tarifificateurs se reporte sur les services d'aide à domicile, qui l'amortissent comme ils peuvent, à savoir en embauchant des personnes sans qualifications pour tenter de répondre aux besoins d'un public spécifique « nécessitant pourtant une qualification reconnue » (Puissant & Vatan, 2018, p. 214). Le rôle de la qualification, qui se

voulait être une pierre angulaire de la régulation du salariat depuis la création du DEAVS, a été peu à peu dissous par la constriction financière et la mise en place d'une tarification basée sur « la nature des tâches » (Puissant & Vatan, 2018, p. 214). Ce fonctionnement est aujourd'hui incompatible avec la garantie d'une juste rémunération des qualifications et d'une aide de qualité pour les bénéficiaires, « ce qui n'est pas méconnu par les pouvoirs publics et est même parfois assumé dans le discours des tarificateurs » (Puissant & Vatan, 2018, p. 214). Ces différents éléments ont amené une diminution d'activité pour beaucoup d'associations, accompagnée d'importantes difficultés financières, accrues par la complexité et la « confusion réglementaire » du secteur (Ennuyer, 2012, p. 148).

Un système inéquitable

Ce financement a également pour conséquences un système d'heures rigides dans lequel il est impossible de s'adapter et de répondre correctement à certaines demandes (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi [DIRECCTE] de Bourgogne, 2011). De plus il ne tient pas compte de l'encadrement, des déplacements et de la qualification des salariées (DIRECCTE de Bourgogne, 2011). Puis il suppose d'importantes inégalités entre structures (DIRECCTE de Bourgogne, 2011).

Cela nous amène à considérer la forte hétérogénéité dans la mise en place des politiques publiques selon les territoires, du fait des différences de « traduction pratique » (Gramain et al., 2014, p. 297). Il ressort en effet que La régulation institutionnelle et organisationnelle du secteur de l'aide à domicile est extrêmement complexe, puisqu'elle dépend de multiples « acteurs et [...] échelons territoriaux » (Puissant & Vatan, 2018, p. 222). Les départements, les agences régionales de santé, les conseils régionaux, l'État, tous détiennent en leur pouvoir décisionnel un fragment déterminant plus ou moins directement les règles de fonctionnement du secteur de l'aide à domicile (Puissant & Vatan, 2018). « Or, de toutes ces discussions et des lieux de production de ces instruments, les salariées de l'AD et leurs organisations représentatives sont absentes. » (p. 225). En outre, « l'histoire longue des acteurs locaux » (Gramain et al., 2014, p. 298) impacte fortement la mise en place des politiques publiques, ce qui complexifie la lecture du secteur de l'aide à domicile et implique de tenir compte des spécificités de chaque territoire.

Ces dissemblances importantes de régulation du secteur se retrouvent également sous forme de très forts écarts de rémunération des aides à domicile d'un département à l'autre (Devetter et al., 2017). Devetter et collaborateurs (2017) expliquent que ces fluctuations observables dans d'autres métiers sont particulièrement prégnantes au sein de ce secteur. Elles y dépendent de facteurs spécifiques tels que les choix opérés dans les modalités de tarification (tarification selon le service rendu ou selon les coûts réels des organisations) et de versement de l'APA (les chèques CESU favorisent l'emploi direct par exemple). Les fluctuations territoriales sont aussi engendrées par les taux d'urbanisation, la proportion de secteur public ou privé, l'orientation (pour répondre à la loi 2002-2) vers l'agrément qui répond à une logique de développement de l'emploi, ou vers l'autorisation plus proche d'une logique de construction de l'offre médico-sociale donc plus avantageuse pour les rémunérations (Devetter et al., 2017). Les auteurs exposent ainsi l'impact considérable du secteur public (en tant que régulateur, tarificateur et parfois employeur) et des politiques locales sur « la construction d'emplois décents dans le champ de l'aide à domicile » (Devetter et al., 2017, p. 262).

1.1.2.2.5. De la complexité d'améliorer le secteur

Financement contraint et difficulté d'évaluation

Pourquoi est-il compliqué d'améliorer ce secteur ? Bailly et collaborateurs (2012) ont travaillé sur cette question et avancent entre autres deux explications. Le premier aspect repose sur la nature très contrainte du financement, le manque de rentabilité voire les difficultés à maintenir l'équilibre budgétaire, mais également sur le « faible consentement à payer » des bénéficiaires (Bailly et al., 2012, p. 7). En écho à ce dernier point, Devetter et Messaoudi (2013) évoquent la difficile compensation de la pénibilité. Elle est liée, pour le monde associatif, à la forte place accordée aux valeurs, qui rendent malaisée la demande d'une participation plus élevée.

Ainsi, le fait de dépendre de financements publics rend impossible l'augmentation des tarifs, ce qui crée une concurrence en défaveur du mode prestataire, concurrence entre organismes purement basée sur les prix puisque « la qualité du service est difficile à évaluer » (Bailly et al., 2012, p. 7). En effet, il n'y a pas « d'unité reconnue et standardisée »

de la qualité dans l'aide à domicile, sa définition même par les acteurs semble dépendre du contexte de l'intervention et de leur situation personnelle (Blondel et al., 2013, p. 157).

C'est là le second aspect épineux, le travail relationnel est très difficile à évaluer et à reconnaître, donc ne peut pas servir d'argument pour augmenter les tarifs. Chercher à améliorer la productivité reviendrait à diminuer le temps de présence des salariées auprès des bénéficiaires, donc représenterait un obstacle à la qualité de service qui est co-construite dans la relation. Il est également incommode d'évaluer le travail ménager, puisqu'il y aurait « autant de façon de faire le ménage que de clients » (Bailly et al., 2012, p. 8), donc là encore délicat de s'appuyer sur une qualité de service pour augmenter les tarifs. De plus, le travail ménager est perçu comme ne requérant pas de compétences spécifiques, uniquement celles propres à l'activité domestique privée. Le travail ménager étant très lié au travail domestique « auto-produit » (Bailly et al., 2012, p. 9), il favorise un rapport de domination entre clients et professionnelles.

Une « trappe à précarité »

Bailly et collaborateurs (2012, p. 1) puis Devetter et Messaoudi (2013, p.72) décrivent ainsi la « trappe à précarité » du secteur de l'aide à domicile. Nous proposons une synthèse de leurs définitions. La régulation du secteur basée sur la concurrence est instable, et il n'a pas de marges de manœuvre financières. Le secteur n'est pas reconnu, non plus que les compétences des salariées, comme en témoigne « la faiblesse des passerelles entre l'aide à domicile et les autres métiers du care ou du soin » (Devetter & Messaoudi, 2013, p. 72). Il en ressort de mauvaises conditions de travail et un manque d'attractivité. Cela implique qu'une partie des candidates postulent par défaut, et présentent des difficultés sociales et/ou personnelles marquées. Il est donc difficile d'engager le personnel dans des formations, et une fois formé il quitte l'organisation pour travailler en structure. Il s'en suit un turnover important, lui-même freinant l'implication des organismes dans l'amélioration des conditions de travail et d'emploi de leurs salariées.

Un secteur basé sur le bénévolat

Dussuet (2013) souligne un autre élément intervenant potentiellement dans la complexité d'amélioration du secteur, il s'agit de la place du bénévolat. Le bénévolat occupe,

de par l'histoire du secteur, une place centrale dans l'administration des associations employeuses d'aides à domicile. Or le rôle d'employeur notamment, n'est pas évident pour les administrateurs, souvent portés par des valeurs de solidarité et pour qui les règles informelles prennent parfois le pas sur le droit du travail. Nicot et Yahiaoui (2008) abondent en soulevant la nécessaire clarification du rôle des bénévoles dans les structures, sachant les « évolutions du secteur en terme de charge de travail, de technicité et de procédures qualité » (p. 38).

Une rémunération insuffisante

Abordons une dernière porte d'entrée, celle de la faiblesse intrinsèque du niveau de rémunération. La convention collective est « très peu avantageuse pour les salariés par rapport au code du travail » (Devetter et al., 2017, p. 248). Associé au fait que les conventions ne sont que trop rarement négociées pour assurer des salaires supérieurs au SMIC (Weber, 2014), nous tenons là un autre angle, celui de la difficile action syndicale dans le secteur. Garabige (2017) démontre que les obstacles à l'action syndicale sont multiples dans l'aide à domicile. La précarité des conditions d'emploi pour commencer, ne facilite pas le processus. Mais il y a également des entraves solides à la création ou à l'entretien d'un collectif, nous y reviendrons. Ensuite l'éclatement « conventionnel et salarial » (p.104), est un obstacle de taille, il y a plusieurs branches, plusieurs modalités d'emploi, des flous dans la délimitation des responsabilités entre employeurs bénévoles et salariées, la multiplicité des antennes locales, des flous à nouveau dans la délimitation des responsabilités entre financeurs et employeurs. Puis les rencontres syndicales, via les référents départementaux, sont « une ressource fragile » car dépendent « de l'investissement de quelques acteurs » (p. 111).

Le secteur de l'aide à domicile, de par l'inadaptation des politiques publiques qui ont encadré et déterminent encore son développement, est fondamentalement instable. Sa professionnalisation, laborieuse, ne participe que peu à l'amélioration des conditions d'emploi. Il est un rouage à la fois incontournable et ostracisé du système de santé. Son financement, inapproprié, conduit à la perpétuation de ses difficultés.

Point d'étape

L'aide à domicile est née d'un besoin de solidarité. Forte de son origine, elle a crû et a peu à peu occupé une place incontournable au sein de la société. Elle s'est développée, en dépit du cadre inadéquat, en dépit des règles iniques, en dépit de son manque d'inclusion, en dépit de l'absence de reconnaissance institutionnelle.

Nous venons de dépeindre un paysage assez sombre, voire accablant, mais lectrice, lecteur, l'histoire ne s'arrête pas là : que pouvons-nous dire des conditions de réalisation de l'activité des professionnelles de l'aide à domicile ? Quels facteurs impactent la construction de leur santé ? Nous entreprendrons dans la partie suivante de répondre au mieux à ces questions, en passant par l'analyse des principaux éléments susceptibles d'altérer ou de favoriser le développement de la santé des AD. Guidé par la littérature scientifique portant sur cette profession, nous vous proposons d'effectuer ensemble une expédition au cœur des déterminants de leur santé au travail. Au cœur du quotidien de ces professionnelles remarquables qui chaque jour, en dépit de tout, prennent soin, à domicile, de celles et ceux qui ne sont pas ou plus en mesure de prendre suffisamment soin d'eux-mêmes.

1.2. Les déterminants de la santé au travail des aides à domicile

Le secteur de l'aide à domicile est confronté à une forte sinistralité, nous l'avons évoqué précédemment, en voici l'illustration plus détaillée. Tout d'abord, le nombre des accidents de travail (AT), maladies professionnelles (MP) et accidents de trajet sont en constante augmentation entre 2015 et 2019. Le tableau 1.4 présente reprend les chiffres de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM, 2020, 2021) sur les indices de fréquence et de gravité des arrêts de travail en 2019.

Tableau 1.4 : *Comparaison du secteur de l'aide à domicile et de l'ensemble des secteurs d'activité, sur les indices de fréquence et de gravité des AT pour l'année 2019*

Indicateurs	Secteur de l'aide à domicile	Tous secteur
IF	107,4	33,5
IG	30,2	11,9

IF : Indice de fréquence des AT, soit le nombre d'arrêts en moyenne pour 1000 salariées.

IG : Indice de gravité des AT, soit le taux d'incapacité partielle permanente moyen pour un million d'heures salariées.

Ce secteur est donc particulièrement exposé aux AT (CNAM, 2020), qui y sont dus majoritairement à la manutention (53%), aux chutes de plain-pied (23%) et aux chutes de hauteur (16%). Ils touchent principalement le dos (34%), les membres supérieurs (22%) et les membres inférieurs (19%). Les MP relèvent quant à elles à 93 % des affections périarticulaires (tableau n°57 du régime général). D'autre part, la branche de l'aide et du soin à domicile occupe dans certaines régions une part considérable des déclarations d'inaptitude médicale au travail. Par exemple, en région Languedoc-Roussillon en 2017, les aides à domicile représentent 3,4 % des salariés suivis par la médecine du travail, mais 11,67 % des déclarations d'inaptitude (Gentit, 2018 ; Parent & Bennegough, 2020).

Si cette sinistralité se trouve connexe à un fort absentéisme (CNRACL, 2012, 2017), Messaoudi et collaborateurs (2012) soulignent toutefois qu'en 2008 dans l'aide à domicile, seuls 8 % des arrêts de travail sont consécutifs aux AT-MP, le reste étant considéré comme maladie non professionnelle, ou associé à de la fatigue. Toujours faisant référence à une

étude de 2008, Messaoudi et collaborateurs (2012) relèvent la proportion de salariées de l'aide à domicile se trouvant en situation de « job strain ». Il s'agit, brièvement résumé, d'une tension au travail provoquée par l'association d'une perception de fortes exigences et de moindres marges de manœuvres (Niedhammer et al., 2006). Ils relèvent donc que 36,5 % des AD de l'étude sont qualifiables de « tendues » (Messaoudi et al., 2012). Par comparaison, les enquêtes SUMER de 2003 et de 2010 ont montré respectivement que 23,2 % et 23 % des salariés, tout secteur confondus, étaient en situation de tension (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques [DARES], 2008, 2016). Nous pouvons noter là aussi une différence en défaveur de l'aide à domicile.

Nous entreprendrons dans cette partie l'exploration d'une diversité de facteurs qui, interagissant les uns avec les autres, contribuent à expliquer la santé au travail des AD. Nous verrons qu'au-delà de l'évidente pénibilité physique révélée par les chiffres, éloquentes, de la sinistralité, nombre d'éléments organisationnels et psychosociaux concourent à favoriser l'apparition d'une souffrance psychique chez ces professionnelles (Disquay et Egido, 2013 ; Disquay, 2015). Dans un premier temps, les facteurs physiques seront étudiés, puis les caractéristiques organisationnelles et psychosociales. Nous nous focaliserons ensuite plus particulièrement sur les enjeux émotionnels et relationnels, qui bien qu'appartenant à la grande famille des facteurs psychosociaux, méritent leur propre investigation. Pour finir, nous décrirons quelques spécificités normatives typiques de la profession d'aide à domicile.

1.2.1. Facteurs physiques

L'activité d'aide à domicile comprend de nombreuses sources de « sollicitations physiques » (Boudra et al., 2019, p. 46), liées aux tâches associées aux besoins spécifiques des bénéficiaires, aux caractéristiques des domiciles, ainsi qu'à l'organisation du travail.

Pour commencer, les situations de travail impliquent fréquemment d'adopter des postures pénibles (Devetter et al., 2012) et de réaliser de la manutention manuelle (Albu et al., 2015), qu'il s'agisse d'accompagnement ou de tâches ménagères. Lors de l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, les AD peuvent être amenée à manipuler manuellement les PA. C'est le cas pour les transferts (du lit au fauteuil par exemple), pour l'aide à l'habillage, ou l'aide à la toilette (CNRACL, 2012). Il n'est pas rare que les AD doivent maintenir des postures contraignantes en réalisant ces actions (Bailly et al.,

2012). Dans le cadre de l'entretien du logement, les PA ou leur entourage demandent parfois aux professionnelles de déplacer du mobilier (Trabut, 2014c), y compris particulièrement lourd, en dépit des éventuelles consignes données par les structures.

D'autre part, comme le souligne Avril (2006b), ces contraintes physiques « liées tout autant à la nature des tâches matérielles à effectuer qu'au sous-équipement domestique » (p.90). En effet, les produits d'entretien disponibles peuvent constituer un risque chimique (Albu et al., 2015) et le manque ou l'inadaptation de matériel d'aide techniques accroît la pénibilité (Blondel et al., 2013). Par ailleurs, l'aménagement des domiciles peut compliquer singulièrement la réalisation des tâches (Blondel et al., 2013). Les locaux parfois vétustes exposent également les salariées à divers risques domestiques (Robuschi, 2008). Parmi eux, le risque de chute est une cause d'accident particulièrement fréquente dans le secteur (CNRACL, 2017). L'environnement de travail étant le domicile des bénéficiaires, les organisations employeuses disposent souvent de peu de marges de manœuvre sur ces différents aspects (Bondéelle et al., 2007). Autre variable, le niveau de salubrité que rencontrent les AD durant leurs interventions. Elles peuvent être confrontées à des domiciles dans lesquelles l'hygiène la plus fondamentale est absente (Bardot, 2012), ce qu'exemplifie Avril (2006b) à propos des odeurs. La présence d'animaux peut être ou non à l'origine de ces situations, mais représente un risque supplémentaire (Messaoudi et al., 2012). Dernier élément lié aux situations rencontrées, les AD sont parfois exposées à un risque biologique, qu'il soit viral ou bactériologique (CNRACL, 2012).

Ultime facteur physique, nous mentionnerons les trajets en voiture (ANACT, 2011b). Le risque routier est particulièrement présent (Robuschi, 2008) du fait des déplacements fréquents (Brasseur et al., 2010) qui, outre la potentialité d'un accident, engendrent stress et fatigue (Vidal, 2012).

Avant de conclure sur cette partie, nous évoquerons Dussuet (2011) qui explique le caractère parfois dissimulé de la pénibilité physique, par les professionnelles elles-mêmes. En réalité, reconnaître la pénibilité physique serait encourir le risque de résumer l'activité à ses composantes matérielles, au nettoyage. Ce serait donc contribuer à assimiler le métier à du « simple » (p. 107) travail ménager. Ce serait aussi admettre que l'engagement dans la relation ne suffit pas à protéger de la pénibilité physique, ou risquer de se voir reprocher un engagement insuffisant ou faux.

Ainsi, les AD sont soumises à divers facteurs de pénibilité physique (tableau 1.5) qui, en interaction avec d'autres déterminants organisationnels et psychosociaux, peuvent expliquer la forte prévalence des troubles musculosquelettiques (TMS) chez cette population salariée (CNRACL, 2012, 2017). En effet, nous verrons notamment dans les parties suivantes à quel point « la contrainte relationnelle est [...] inévitable et indissociable du travail matériel » (Avril, 2006b, p. 92).

Tableau 1.5 : Récapitulatif des facteurs de risques physiques de la santé au travail des aides à domicile

-
- Le maintien de postures contraignantes
 - La manutention manuelle
 - L'exposition à des risques chimiques et biologiques
 - Le risque de chute
 - Le risque routier
 - Les ambiances physiques désagréables
-

1.2.2. Caractéristiques organisationnelles et psychosociales

Nous ouvrirons cette partie en évoquant la spécificité de l'intervention au domicile en tant qu'« espace hautement symbolique » (Blondel et al., 2013, p. 153). Nous verrons qu'il s'agit ainsi d'un lieu de travail sur lequel l'employeur n'a que peu de maîtrise. Puis nous passerons par une description du rôle primordial et des difficultés rencontrées par les personnels administratifs. Ensuite, nous reviendrons sur les questions de temporalité abordées précédemment sous l'angle des conditions d'emploi. Notre exploration nous mènera du côté de l'extrême variabilité de l'activité d'aide à domicile, et de la nécessaire adaptation permanente qui en découle. Puis nous exposerons un défaut capital de prescription et de transmission d'information. Cela nous mènera à la thématique de l'isolement et à la question de l'existence même du collectif dans ce métier. Au-delà du collectif, nous reviendrons brièvement sur les difficultés d'intégration et de coordination avec le médico-social. La transition se fera assez naturellement vers le manque de reconnaissance, déjà partiellement décrit, dont nous analyserons les tenants et aboutissants. Enfin nous reprendrons les effets de la formation, du point de vue de la santé des salariées. Pour rappel, le contexte de notre recherche se situant dans le champ des organisations prestataires

associatives (par opposition au mandataire ou à l'emploi direct), nous nous focalisons sur cette modalité d'emploi.

1.2.2.1. Le domicile, lieu de vie, lieu de travail

Un lieu singulier

Le domicile n'est pas qu'un lieu physique mais bien un espace constitutif de notre identité sociale et individuelle (Roy et al., 2018), ancré dans notre intimité la plus profonde (Ennuyer, 2018). Le « chez-soi », à distinguer de la matérialité du logement, résulte notamment d'un processus d'attachement reliant un individu à un lieu, sur des dimensions cognitives, émotionnelles, comportementales et sociales (Oswald et al., 2006). Cet attachement croît au fil des années (Barry et al., 2008), jusqu'à être intrinsèquement lié au sens perçu qu'un individu âgé a de sa vie, notamment par opposition au passage en institution (Kaplan & Erel, 2017).

Pour les personnes âgées, le domicile représente une ressource qu'elles associent à des affects positifs, à la liberté, aux habitudes, à la sécurité (Barry et al. 2008). L'intervention à domicile est ainsi délicate parce qu'elle transforme cette ressource, qui d'espace personnel privé, devient objet de regards et d'évaluations extérieures (Blondel et al., 2013). Le fait d'apporter une aide professionnelle à domicile n'a donc rien d'évident, en ce qu'elle consiste à pénétrer dans cette intimité et nécessite de constantes négociations en quête d'un équilibre entre les volontés des PA et les possibilités des AD (Bonnet, 2006). Olejnik Binier (2018) parle d'une aide « d'emblée intrusive » (p. 71). Ennuyer (2017) abonde en ce sens et explique que certaines PA ont « un très fort besoin d'immuabilité de leur cadre de vie » (p. 75).

Au-delà de ce besoin, l'aide à domicile n'est pas toujours voulue par la personne même lorsqu'elle est nécessaire pour lui permettre de rester chez elle (Ennuyer, 2018). L'intervention à domicile est alors à la fois « restauration et effraction de l'espace privé » (Djaoui, 2014, cité par Ennuyer, 2018, p. 25), souvent marquée par une « ambivalence de fond », entre le fait de savoir la nécessité de l'intervention tout en redoutant de perdre leur « souveraineté » dans les actes du quotidien (Ennuyer, 2018, p. 25). Effectivement, le contrôle perçu sur son domicile est lié au bien-être des individus, or ce contrôle perçu diminue avec l'âge (Oswald et al., 2003). Rester chez soi, être capable de gérer son logement

devient une proclamation d'indépendance, une opposition à l'institutionnalisation et par extension au vieillissement et à la perte d'autonomie (Barry et al., 2008).

De fait, lorsque les personnes ou leur famille font appel aux aides à domicile, c'est souvent parce qu'il n'est plus possible de continuer seul. Or, en particulier chez les personnes âgées, l'attachement au chez-soi, et la diminution de la perception de contrôle sont fréquemment associés à une peur du changement (Barry et al., 2008 ; Rioux, 2005). C'est « au moment où leur identité psychique » est fragilisée, où il est le plus difficile « d'accepter une intrusion » que l'intrusion prend place (Ennuyer & Gardien, 2017, p. 76). Après avoir dû faire face à l'inéluctabilité de l'assistance d'un tiers pour réaliser des actes du quotidien et touchant à l'intimité, la PA est confrontée à l'inévitabilité de la négociation avec l'intervenant professionnel (Blondel et al., 2013).

Bonamy et collaborateurs (2012) appellent alors à la vigilance et soulignent la complexité de la relation d'aide dans le cadre du domicile : le risque est grand de « se substituer aux besoins et attentes du bénéficiaire » (p. 67), porté par une « bienveillance maladroite » (p. 68). Iwarsson et collaborateurs (2016) insistent également sur la nécessité, de manière générale, de prendre en compte les aspects psychologiques sous-tendant le lien d'une personne âgée à son chez-soi, de tenir compte de cet attachement biographique fort, pour tout changement apporté au domicile. L'intervention à domicile est donc par essence d'une grande complexité au vu des enjeux humains et symboliques qui la traversent.

Un lieu difficile à réguler

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, une autre des particularités du travail à domicile est que l'employeur n'a pas la main sur l'environnement de travail. L'activité se déroule dans des lieux privés qui ne satisfont pas forcément aux normes de sécurité et sur lesquels il est difficile d'avoir un impact autrement qu'en sensibilisant les personnes (Bondéelle et al., 2007 ; Brasseur et al., 2010). D'autre part, le lieu de travail étant également lieu de vie, il est d'autant plus ardu pour la salariée d'exercer sa « nécessaire capacité d'action sur son milieu pour développer son activité et sa santé » (Boudra, 2019, p. 160).

L'aide à domicile suppose la création d'une relation tendant vers le « faire avec », vers l'élaboration d'une « coproduction » (Rahou, 2013, p. 33), dans un contexte singulier et à distance du regard de l'employeur.

Dussuet (2013) souligne que dans cadre prestataire associatif, la place des bénévoles alors employeurs et leur connaissance, dans un cadre privé, des usagers complique la mise en place de règles protégeant la santé des salariées, notamment pour l'instauration du matériel. D'autres auteurs appellent la clarification du rôle des bénévoles dans les structures, sachant les « évolutions du secteur en terme de charge de travail, de technicité et de procédures qualité » (Nicot & Yahiaoui, 2008, p. 38).

1.2.2.2. Personnels administratifs et santé des AD, quelle connexité ?

Les salariés administratifs jouent un rôle majeur dans la protection de la santé des professionnelles, de par le soutien qu'ils apportent (Blondel et al., 2013 ; Disquay, 2015 ; Nicot & Yahiaoui, 2008) ainsi qu'à travers la planification des interventions et la prise en compte des contraintes de terrain (Dussuet, 2013). Nous détaillerons cela dans cette partie, et nous verrons également que la fréquente surcharge de travail des administratifs n'est pas sans effets sur les conditions de travail des AD.

Le rôle de soutien de l'encadrement

Pour commencer, le personnel d'encadrement peut occuper une place importante à plusieurs égards pour les AD. Il peut être une source primordiale de soutien et de reconnaissance, et pourra favoriser la création ou la consolidation d'un collectif à travers l'organisation et l'animation des temps de réunion (Blondel et al., 2013). La structure, notamment à travers le responsable, représente souvent le soutien de derniers recours lorsque une situation n'est plus gérable pour les AD (Nicot & Yahiaoui, 2008). Disquay (2015) note l'ambivalence du lien qui unit les AD et leur responsable. Lorsque la relation de confiance est établie, et qu'il est disponible, il est le premier soutien, la ressource principale dans la résolution des difficultés ou des conflits aux domiciles. De l'autre, il est associé, lorsque trop distant physiquement ou insuffisamment disponible, à de la frustration, de la colère et un sentiment de manque d'écoute. Les AD peuvent hésiter à lui demander son soutien, parfois par peur du jugement ou de représailles, parfois par peur de déranger. Blondel et collaborateurs (2013) montrent que le manque de soutien du responsable, perçu par les AD, est aussi lié à plus d'anxiété et d'isolement ressenti. Il peut engendrer jusqu'à la

perception d'être méprisé, d'être abandonné face aux difficultés relationnelles avec les bénéficiaires, leur entourage ou avec les collègues.

Le cadrage de l'activité

Outre ce rôle de soutien, le personnel d'encadrement et plus largement le personnel administratif a une importance capitale au niveau du cadrage de l'intervention (Nicot & Yahiaoui, 2008). Ce cadrage doit idéalement être mis en place dès le départ et tout au long de l'intervention, afin d'éviter les dérives et notamment l'enfermement dans un service basé exclusivement sur la « négociation interpersonnelle » (Nicot & Yahiaoui, 2008, p. 30) entre professionnelles et PA. La mise en place concrète d'une intervention passe par les étapes suivantes (Gucher, 2012) :

- Définition de la prestation locale via l'évaluation de la situation et l'élaboration du plan d'aide, étape réalisée par l'équipe médico-sociale.
- Concrétisation du plan d'aide par l'organisme prestataire, puis début de l'intervention.
- Redéfinition du contenu de la prestation au fil des interactions entre usager et professionnelle d'intervention principalement, mais également avec l'organisme prestataire voire équipe médico-sociale selon la remontée d'information, la coordination inter-service et la réactivité, la disponibilité de chaque acteur.

La première visite à domicile par l'organisation prestataire, visite qui finalise les termes du contrat en accord avec le plan d'aide et à partir de l'équilibre construit entre les demandes de l'usagers et les possibilités du service, est donc essentielle (Nicot & Yahiaoui, 2008). Elle est censée précéder l'intervention des AD, mais nous verrons que ce n'est pas toujours le cas. L'absence notable d'AD lors de cette étape est regrettable, surtout sachant qu'elles ne participent pas non plus à l'évaluation des besoins qui est à l'origine du plan d'aide. Cette absence est déplorée par de nombreuses professionnelles. En effet, elles sont les plus à même d'« évaluer au plus près les besoins » (Blondel et al., 2013, p. 177), puisqu'elles savent mieux que quiconque à quel point la comptabilisation des actes à réaliser cache en réalité une diversité d'étapes. Des étapes nécessaires non seulement techniques mais également symboliques et relationnelles, par ailleurs fortement dépendantes du

contexte, qui ne sont pas du tout prises en compte lorsqu'on parle simplement d'un acte comme par exemple « aide à la toilette » (Blondel et al., 2013, p. 177).

Un encadrement à consolider...

Le renforcement de l'encadrement est fréquemment cité comme axe d'amélioration suite aux interventions de l'ANACT (Robuschi, 2008). Il y est question de professionnalisation de l'encadrement qui est plutôt orienté vers des compétences administratives et qui a besoin d'être davantage outillé sur les dimensions managériales. On y relève également la nécessité de permettre à l'encadrement de s'extraire des tâches administratives qui sont réalisées « au détriment des aspects de management » (p. 54), pour pouvoir développer les temps de « régulation collective » (p. 54) pour les AD. Ce n'est pas sans rappeler les travaux d'un certain nombre d'auteurs, mais nous y reviendrons (Castejon, 2020 ; Conjard & Journoud, 2013 ; Detchessahar, 2011). Cela rejoint aussi le travail de Bouvier et collaborateurs (2010) qui soulignent la place centrale de l'encadrement intermédiaire dans l'aide à domicile, aussi bien que le manque de définition des postes à la fois dans les conventions collectives et sur le terrain. Cet appel à la professionnalisation des structures pour améliorer les conditions de travail (Nicot & Yahiaoui, 2008), entretient également un lien avec les difficultés auxquelles les personnels administratifs sont confrontés.

... Et à soutenir

En effet, l'encadrement intermédiaire souffre d'un « manque de temps chronique » (Robuschi, 2008, p. 68). Il a un rôle primordial mais il est fortement sous-représenté par rapport aux effectifs AD sous sa responsabilité (Robuschi, 2008), plus encore que dans d'autres secteurs (Rahou, 2013). Cette très forte charge de travail est liée d'une part au manque de clarté de ses missions, qui englobent une très grande variété de tâches (facturation, gestion des dossiers de PA, gestion du personnel, relations avec l'extérieur, visites à domicile...) et d'autre part à la gestion constante des aléas et interruptions (Rahou, 2013). Cela complique grandement la réalisation de certaines de ses tâches, et notamment la réalisation des indispensables missions de visites initiales à domicile qui parfois ne peuvent avoir lieu (ANACT, 2011a). D'autre part, l'administration des ressources humaines dans les services implique rarement une réflexion à part entière sur la gestion et le développement

des compétences (Robuschi, 2008). De surcroît, les personnels administratifs notent une « complexification et densification des tâches » (Robuschi, 2008, p. 58), en cohérence avec les observations de l'institut national de recherche et de sécurité ([INRS], 2020). Cette complexification est liée à la réduction des séjours hospitaliers, entraînant pour le secteur la prise en charge de situations de plus en plus compliquées, elles-mêmes associées à des exigences croissantes, des imprévus de plus en plus fréquents et la nécessité de gérer l'évolution des besoins de chaque situation de dépendance. Or au vu de la nécessaire réactivité, les structures ne peuvent pas prendre en compte tous ces paramètres, ce qui peut aboutir à des difficultés de réalisation des interventions, notamment en cas d'« inadéquation entre les caractéristiques de la prestation et le profil de l'intervenante » (Robuschi, 2008, p. 59).

L'importance de la planification

Les quelques lignes précédentes effleurent la question centrale de la planification. Il s'agit d'une activité extrêmement complexe qui cristallise nombre de tensions (Nicot & Yahiaoui, 2008). Les professionnels chargés de cette mission doivent, quelles que soient les contraintes et imprévus, « impérativement trouver une salariée pour se rendre chez telle personne [aidée] » (Avril, 2006a, p. 8). Mais la fréquence des aléas (arrêts, abandons de poste, sorties d'hospitalisation etc.) implique des modifications incessantes des plannings, donc des difficultés importantes pour les personnels qui s'en chargent ainsi qu'un vécu compliqué pour les AD et les PA (Robuschi, 2008). Concernant les PA, l'organisation temporelle des interventions représente le principal facteur sur lequel elles peuvent exercer leur choix (Trabut, 2014a) et la stabilité qu'ils affectionnent s'avère souvent difficilement atteignable (Nicot & Yahiaoui, 2008).

Les salariés administratifs sont donc soumis à une pression non négligeable qui d'une part représente un facteur de risque les concernant, et d'autre part impacte indubitablement les AD : le manque de disponibilité pour offrir du soutien, le déficit d'évaluation à domicile, l'inadéquation entre temps disponible et temps nécessaire en intervention, les fréquents changements de planning... Qu'en est-il, justement, du rapport qu'entretiennent les AD à la planification ? Plus largement, quel est leur rapport au temps ?

1.2.2.3. Une temporalité effrénée

Le travail d'intervention à domicile, parce qu'il vise à répondre à des besoins spécifiques, parce qu'il nécessite de s'adapter à une pluralité incompressible de rythmes de vie, connaît de fortes contraintes temporelles (ANACT, 2011a). Nous l'avons vu, les temps de travail sont morcelés, irréguliers (ANACT, 2011b), éminemment hétérogènes, mais conservent dans tous les cas une forte « emprise » sur les jours comme les semaines (Devetter et al., 2012, p. 251). Les horaires peuvent être atypiques (Bailly et al., 2012), les amplitudes élevées (Albu et al., 2015) et les coupures fréquentes (Robuschi, 2008).

Par ailleurs, les AD se trouvent confrontées à un certain nombre de facteurs propices à l'apparition de pression temporelle. Cette dernière peut être définie ainsi :

Un ressenti cognitivo-émotionnel de déficit temporel avéré, supposé ou potentiel, qui peut survenir de façon ponctuelle ou chronique, soit sous l'effet d'une motivation intrinsèque ou extrinsèque à respecter une échéance datée ou non, soit de façon diffuse en lien avec un enjeu ou un mode de fonctionnement plus ou moins généralisé. (Coeugnet et al., 2011, p. 173)

Ce ressenti est favorisé par plusieurs éléments tels que les fonctionnements complexes (réalisation simultanée de plusieurs tâches, ou tâches impliquant plusieurs sous-tâches conjointes), le rythme de travail élevé, la contagion intersituationnelle (propagation d'un vécu émotionnel d'une situation aux situations suivantes), l'incertitude, la présence d'enjeux associés à la tâche ou au respect de l'échéance (Coeugnet et al., 2011).

Chez les soignants, la pression temporelle est associée à de la fatigue et à une tension psychique liée au dilemme du « bien faire » ou du « faire vite » (Gadéa et Divay, 2012, p. 258 ; Garde et al., 2020). En effet, à moins d'être modérée et perçue comme sous contrôle par les individus, la pression temporelle est défavorable à la santé (Coeugnet et al., 2011). Nous verrons ici que l'activité des AD comprend plusieurs facteurs à même de faire émerger ce ressenti de déficit temporel, notamment l'incertitude, l'intensité du rythme, la contagion intersituationnelle et la perception d'enjeux liés au respect de l'échéance.

De fait, des études soulèvent une pression temporelle vectrice de stress chez les AD (Houzel et al., 2018), liée entre autre à une forte intensité de travail et aux nombreux changements de planning (Disquay, 2015). Ces changements, outre difficiles à gérer pour le personnel administratif, sont source de malaise, d'inconfort, d'anxiété pour les intervenantes

comme pour les bénéficiaires (Robuschi, 2008). Du côté des AD il y a le stress intervenir chez quelqu'un d'inconnu, et la perturbation de l'organisation temporelle personnelle (Robuschi, 2008). Du côté des PA, c'est une intrusion supplémentaire souvent mal vécue que d'être confronté à une intervenante inhabituelle, puisque des liens « spécifiques » se créent et les AD ne sont pas « interchangeables » (Ennuyer & Gardien, 2017, p. 77).

L'intensité est due quant à elle à l'enchaînement des interventions, aux aléas qui les parsèment et à certaines tâches qui s'accumulent à certains moments (levers et couchers, toilettes, repas) (Nicot & Yahiaoui, 2008). Elle est également causée par les temps de déplacement parfois insuffisamment pris en compte dans les plannings (Dussuet, 2013). Mais un autre élément capital entre en jeu et accroît la pression, il s'agit du manque de temps pendant les interventions. Il y a une inadéquation entre le temps disponible, soit le temps défini par les financeurs à travers les plans d'aide, et le temps nécessaire pour réaliser ce travail de coproduction dans toute sa complexité (Rahou, 2013). Cela induit une pression et une tension temporelle puisque les AD doivent prendre soin dans un espace temporel pas forcément adapté au besoin (Dussuet, 2011).

L'activité est donc caractérisée par une pression temporelle constante (Bailly et al., 2012) qui contraint le tissage, le renforcement du lien avec la PA (Blondel et al., 2013). Blondel et collaborateurs (2013) expliquent en détail en quoi, en freinant la relation, la contrainte temporelle entrave la négociation des modalités d'accompagnement, donc l'équilibre entre PA et professionnelle. Elle remet en question l'existence même de tous ces gestes, de tous ces mots qui adoucissent la nature intrusive, qui prennent soin de la personne aidée comme de la professionnelle et de sa perception de bien faire. Elle implique bien des dilemmes (Blondel et al., 2013). Dépasser le temps imparti risque de générer des conflits liés aux temps supplémentaires facturés, de mettre en difficultés les intervenantes suivantes qui respecteront le temps prescrit, de créer un retard au domicile suivant donc une insatisfaction de la PA concernée, d'accroître la pression pour le reste de la journée... Respecter le temps imparti au prix de la qualité du travail ? Prendre sur du temps personnel ?

Précisément. Les professionnelles parfois se résolvent à prendre sur du temps personnel (Disquay, 2015). C'est le cas de 20% des salariées employées en prestataire (40% en emploi direct) (Devetter et al., 2012). Ce n'est probablement pas sans impacter la conciliation vie privée vie professionnelle, qui s'avère par ailleurs ardue (Robuschi, 2008).

Entre l'amplitude horaire, les week-ends travaillés, les coupures, l'intensité, il semble évident que l'équilibre soit difficile à trouver (Nicot & Yahiaoui, 2008). C'est sans compter la fatigue physique et psychologique, la perte de disponibilité et de patience pour la vie de famille, la diminution de la prise en charge de sa propre santé... le temps personnel s'en trouve « dévoré » (Disquay, 2015, p. 227). À l'inverse, Avril (2012) note que les ressources économiques, matérielles et familiales des AD modulent fortement l'impact des conditions de travail difficile des AD, positivement ou négativement.

Pour finir sur la question de la temporalité, nous évoquerons les procédures de rationalisation de type télégestion (via appel ou badge à passer en début et fin d'intervention). Ce contrôle du temps de travail effectif vient renforcer la contrainte temporelle précédemment décrite, en venant entraver les marges de manœuvre des salariées, et peut être vécu comme une perte d'autonomie (Robuschi, 2008 ; Trabut, 2014a). S'il est censé cadrer ou limiter les débordements des interventions, il ne fait que compliquer les aménagements officieux de l'organisation de leur travail, mais n'empêche pas les professionnelles de badger les fins d'interventions dans les temps prévus tout en dépassant dans les faits lorsque le temps est insuffisant (Trabut, 2014a). Autre point, devoir pointer à chaque arrivée et à chaque départ d'un domicile impacte le travail relationnel avec les personnes puisque ça coupe l'échange à l'arrivée (Avril, 2009 ; Dussuet, 2019). Par ailleurs, la nécessité de pointer « renvoie l'aide à domicile à sa position subalterne et la relation à un échange marchand » (Avril, 2009, p. 110), ce qui n'est pas pour favoriser le sentiment de reconnaissance.

1.2.2.4. Une grande variabilité implique un grand pouvoir d'adaptation

Outre les variations de l'intensité du travail que nous venons de décrire, l'activité d'aide à domicile fluctue « au gré des réalités quotidiennes au domicile du bénéficiaire » (Messaoudi et al., 2012, p. 15).

Le métier d'AD comprend par nature une forte variabilité des lieux d'intervention, une grande diversité d'activités (Blondel et al., 2013 ; Brasseur et al., 2010), et une complexité inhérente à l'hétérogénéité des publics et pathologies rencontrées (Van De Weerd et al., 2017). Cette multiplicité des situations nécessite la mise en jeu de nombreuses et diverses compétences. Il s'agit de compétences physico-techniques facilement identifiables pour le

soin et l'entretien (Nicot & Yahiaoui, 2008 ; Rahou, 2013), mais aussi et surtout pléthores de compétences invisibles (Dussuet, 2016). Ce sont des compétences émotionnelles et relationnelles telles que « savoir « ne pas dire », savoir se contenir, savoir réagir, savoir différer sa réaction » mais aussi faire preuve de « réactivité, [...] empathie, sens des responsabilités, affirmation de soi » (Van De Weerd et al., 2017, p. 12). Les intervenantes peuvent aussi occuper une « posture d'interface » (Robuschi, 2008, p. 65) entre les différents acteurs d'une situation, posture qui implique d'autres compétences encore, pour pouvoir se situer et communiquer en prenant en compte les contextes institutionnels.

Quelles que soient les situations, l'activité des AD suppose des « ajustements permanents » (Robuschi, 2008, p. 64), elle nécessite une capacité d'adaptation considérable. Il leur faut s'adapter aux contraintes pratiques et physiques de chaque domicile, mais également « aux codes sociaux » des PA (Boudra et al., 2019, p. 35). Elles doivent s'adapter pour respecter les habitudes des personnes, et faire face à tous les événements imprévus (Olejnik Binier, 2018). Il leur est nécessaire de composer avec les plans d'aide, les règles plus ou moins précises de la structure, les besoins et attentes plus ou moins explicites des bénéficiaires (Nicot & Yahiaoui, 2008). De fait le travail d'aide à domicile implique une adaptation perpétuelle de la dynamique relationnelle auprès de chaque PA (Blondel et al., 2013). Aussi, les prises de décision en urgence, sans possibilités d'échanger au préalable sont communes (Olejnik Binier, 2018) et faire preuve d'autonomie est indispensable au vu du soutien à tout le moins limité que représente le prescrit (Nicot & Yahiaoui, 2008).

1.2.2.5. Un prescrit indistinct

L'analyse de la CCBAD l'a bien montré, le métier d'AD n'est « pas encore bien défini » (Brasseur et al., 2010, p. 26). À défaut d'une description institutionnelle précise, les AD le définissent sur place (Avril, 2003). La prescription fait souvent défaut, qu'il s'agisse des activités à réaliser comme des limites d'intervention à ne pas franchir (Rahou, 2013). Il n'y a pas de limites claires notamment à ce qu'est le prendre soin (Dussuet, 2011). Les glissements de tâches sont donc fréquents (Van De Weerd et al., 2017), les AD endossent alors des responsabilités qui ne leur incombent pas (Loones & Jeuneau, 2012) ou se mettent en danger pour répondre à certains besoins des bénéficiaires (Dussuet, 2011).

Un défaut de limites

Il s'agit là d'une des différences notables entre l'aide à domicile et le travail en structure souligne Burban (2018), le second bénéficiaire (généralement) d'une régulation institutionnelle ou collective de « la nature des actes réalisables ou non » (p. 58). Dans l'aide à domicile, la présence et le rôle de l'organisation sont fluctuantes et souvent limitées aux « aspects pratico-pratiques » (p. 58). En outre, un certain nombre de tâches se trouvent à la limite avec des actes paramédicaux qu'elles n'ont en théorie pas le droit de réaliser (Julliard & Leroy, 2014). Elles les apprennent de manière informelle parce qu'elles se retrouvent en position de les faire, « dans la mesure où "ne pas faire" pourrait s'assimiler à de la maltraitance » (Julliard & Leroy, 2014, p. 118) : changer des pansements, remettre des bandes de contention, nettoyer des plaies, mettre des gouttes dans les yeux, etc. Les règles, quand elles sont présentes, sont suffisamment vagues pour être interprétées de différentes manières, favorisant les glissements de tâches (Julliard & Leroy, 2014). Les professionnelles se retrouvent à porter la responsabilité des gestes qu'elles estiment nécessaires au vu de la situation (Julliard & Leroy, 2014).

Des injonctions multiples

Le « flou » entourant l'activité des AD s'accompagne presque systématiquement d'une « tendance au "grignotage" » des PA qui vont exprimer des demandes hors prescription, plus ou moins conséquentes (Nicot & Yahiaoui, 2008). Dans ces cas-là, il peut être très compliqué pour les AD de refuser, notamment lorsque les demandes leur semblent légitimes (Blondel et al., 2013). Les limites reposent donc souvent sur les contraintes et représentations propres à chaque salariée individuellement (Nicot & Yahiaoui, 2008). La réalisation d'actes relevant du flou prescriptif, voire interdits, est ainsi fréquente, et fortement influencée par la « nécessité du don » que porte parfois les AD (Bonnet, 2006). L'impossibilité de se référer à une « culture de métier » (Bonnet, 2006, p. 81) n'y est pas non plus étrangère, mais nous reviendrons prochainement sur la question du collectif.

Les demandes des PA ou de leur entourage, en plus d'inciter au dépassement de rôle, viennent s'entrechoquer avec les autres sources de prescription, le tout engendrant des consignes multiples et contradictoires (CNRACL, 2012). Les interventions se construisent donc dans un cadrage lacunaire, et dans la recherche d'un équilibre entre les différents

« systèmes normés » en présence, AD, PA, entourage, autres intervenants (Blondel et al., 2013, p. 163). La gestion de ces « conflits de prescription » (Robuschi, 2008, p. 56) ainsi que plus généralement ce défaut de « cadre » aux interventions est un facteur de souffrance (Disquay, 2015, p. 355). Disquay (2015) note par ailleurs que l'entourage des PA est associé pour les AD à de la frustration et à de la souffrance, leurs exigences sont souvent mal vécues, comme entravant la qualité de la relation aux PA et engendrent une crainte de remontées d'insatisfaction à la hiérarchie.

Une coordination interne laborieuse

De paire avec l'indétermination prescriptive, les organisations d'aide à domicile connaissent souvent un manque de communication et de transmission des informations (ANACT, 2011a ; CNRACL, 2012). Il y a un défaut d'actualisation des tâches au fil des évolutions des besoins des usagers (ANACT, 2011a) et une gestion souvent tardive des situations problématiques (Robuschi, 2008). Par ailleurs, les AD sont souvent amenées à mettre en place des réajustements informels avec les bénéficiaires, pour s'adapter aux situations, susceptibles d'une part de compliquer l'évolution formelle de la situation, et d'autre part de constituer une difficulté considérable pour les remplaçantes qui ignorent les adaptations informelles (Robuschi, 2008). Ce point est en lien avec le manque d'informations parfois criant lors des premières interventions, qui génère de l'anxiété, complique l'instauration d'une relation de confiance, et accentue certains risques dans les situations complexes (Burban, 2018). Cette difficulté liée à la première intervention dans un domicile donné est bien identifiée comme un facteur de souffrance (Disquay, 2015).

Pour Olejnik Binier (2018), l'intervention à domicile repose presque sur une « injonction paradoxale », en ce qu'elle implique à la fois de tenir une posture professionnelle, de poser des règles, des limites, et d'être à l'écoute, disponible et ouvert à la rencontre de l'autre.

Le nébuleux prescrit et son cortège de contradictions, tout comme le défaut de transmission des informations, nous ramènent au manque béant de collectif, que nous allons à présent investiguer.

1.2.2.6. L'isolement, rançon de l'autonomie

Les AD bénéficient de marges de manœuvre importantes, d'une forte autonomie (Dussuet, 2013 ; Loones & Jeuneau, 2012). Cette autonomie appréciée par les professionnelles est cependant à double tranchant, car elle confine à l'isolement (Rahou, 2013 ; Ribault, 2008).

Une activité solitaire

L'activité d'aide à domicile s'effectue en effet souvent dans l'isolement (Albu et al., 2015 ; Dussuet, 2013). Les collectifs de travail y sont absents ou amoindris, de même que les opportunités de soulever les problèmes de façon collégiale (Bailly et al., 2012). Les professionnelles ont globalement peu de ressources extérieures à elles-mêmes pour faire face aux difficultés (Robuschi, 2008). Les échanges avec les collègues sont jugés insuffisamment fréquents et le manque de connaissances au sein des équipes est associé à de la souffrance (Disquay, 2015).

Il existe certes des occasions, outre les rares réunions, d'être en lien avec ses collègues de partager les astuces et pratiques (Bardot, 2012). Ce sont des occasions telles que les passages au bureau pour récupérer des clés ou des informations, les croisements inopinés entre deux interventions, ou encore les moments conviviaux organisés par les associations (Avril, 2009). D'autre part, une étude rapporte que les AD interrogées mentionnent peu la solitude comme un aspect négatif (Loones & Jeuneau, 2012). Ce même article montre que le fait de mettre en place des réunions sur les difficultés rencontrées n'a pas eu d'impact sur la tension au travail.

Cependant, ni les moments d'échange épars, ni les résultats a priori surprenants de cette unique étude, ne semblent suffire à remettre en question le constat largement partagé d'un défaut flagrant et problématique de collectif.

Pour cause, les échanges durant l'activité sont rares et ne concernent que quelques cas d'interventions en binôme (CNRACL, 2012). En outre, les occasions de partage évoquées plus tôt sont trop aléatoires, et les professionnelles manquent de disponibilités pour en créer davantage (Bardot, 2012 ; Disquay, 2015). D'autre part, l'instabilité des équipes (CNRACL, 2012) mais également le temps partiel très présent ne facilitent pas le lien (Avril, 2009). Enfin, Avril (2009) souligne les divergences de positionnement professionnel au sein des

aides à domicile, qui selon leurs trajectoires socio-professionnelles, disposent inégalement de ressources leur permettant de faire face aux contraintes de l'activité. Ainsi, même si le mode prestataire semble plus propice aux échanges collectifs que l'emploi direct (Loones & Jeuneau, 2012), cela demeure insuffisant à assurer un réel soutien social (Ribault, 2008).

Un collectif manquant

Le corpus des recherches investiguant les liens entre soutien social et santé au travail semble manquer de cohérence tant dans la conceptualisation du soutien que dans ses effets (Jolly et al., 2020). En revanche, l'importance du collectif est particulièrement mis en avant dans les métiers du soin (Beaucourt & Louart, 2011 ; Dumas et al., 2016 ; Estryn-Béhar, 2008 ; Laneyrie et al., 2019), notamment dans la prise en charge de personnes âgées désorientées (Lebrun et al., 2018).

Concernant plus spécifiquement l'aide à domicile, les auteurs identifient plusieurs conséquences à ce manque de collectif. D'une part, il n'est pas pour fluidifier les transmissions d'informations qui, nous l'avons vu, peuvent se révéler déficitaires (Disquay & Egido, 2013). Ensuite, il se fait cruellement sentir lors des situations difficiles, situations dans lesquelles les AD se retrouvent sans soutien (Dussuet, 2011), le partage social des émotions s'en trouve entravé (Van De Weerd et al., 2017). Les professionnelles s'y « débattent seules et sans filtre » (Burban, 2018, p. 57).

L'isolement implique aussi un fort « degré d'engagement et de responsabilité » (Nicot & Yahiaoui, 2008, p. 34), pour ces professionnelles qui doivent quotidiennement faire preuve de réactivité et opérer des décisions importantes tout en étant soumises à une pression temporelle constante. Le défaut de collectif limite également le partage des « stratégies de préservation » (Boudra et al., 2019, p. 49). Aussi, la construction d'une « image professionnelle commune » (Nicot & Yahiaoui, 2008, p. 37) et de « repères collectifs » (Bonnet, 2006, p. 76) devient une épreuve difficilement surmontable. Par là même, la chape du flou prescriptif ne saurait céder et ne laisse guère la place à la construction d'une posture professionnelle commune. Ne s'y oppose alors que l'empirisme individuel (Dussuet, 2011).

Des tensions fréquentes

Dernière conséquence identifiée par la littérature, la tension entre salariées. Les relations insatisfaisantes avec les collègues, parce qu'absentes ou jugées insuffisantes, laissent place à des tensions dues par exemple à la répartition des tâches au domicile (Vidal, 2012). De plus, le manque combiné d'un tiers et d'occasions de mener des réflexions sur leur pratique professionnelle, donc de prendre du recul sur l'activité et les dynamiques relationnelles, ne permet pas de sortir de « l'entre soi du domicile » (Blondel et al., 2013, p. 170). Beaucoup de professionnelles ont construit individuellement leurs règles et leur posture (Van De Weerd et al., 2017), or ces différences de pratiques, exacerbées par les commentaires et critiques des PA, peuvent être source de conflits entre AD. Elles parlent de « travail "bien fait" ou "mal fait", ou "pas fait du tout" » (Blondel et al., 2013, p. 155). Le travail « mal fait » ou « pas fait du tout » représente ainsi un manque de respect aux bénéficiaires comme aux collègues (Blondel et al., 2013). Affectées par ces tensions sur la conception du métier, beaucoup souhaiteraient plus d'échanges et de soutien entre collègues (Bonnet, 2006).

Un appel à favoriser le collectif

Des auteurs appellent par conséquent à répondre à ce besoin de dialogue entre les acteurs, à ce besoin de collectif. Ces temps essentiels de débat et de construction collective sont pourtant considérés comme « improductifs », c'est bien là le mot employé par les financeurs (Dussuet, 2013, p. 93). Les réunions sont souvent appréciées par les AD, perçues comme importantes pour faire correctement leur travail (Loones & Jeuneau, 2012), pour le sentiment d'appartenance (Blondel et al., 2013), pour résoudre les tensions et pour « déculpabiliser » grâce à la prise de conscience que les difficultés sont partagées (Disquay, 2015, p. 237). En effet, cette « prise de conscience que les pairs rencontrent les mêmes difficultés qu'eux » est favorable à un soutien informationnel et émotionnel, mais trop peu accessible (Disquay, 2015, p. 312).

Aussi, les nombreux auteurs qui préconisent le renforcement des ressources collectives (Burban, 2018 ; Disquay, 2015 ; Dussuet, 2011 ; Rahou, 2013 ; Van De Weerd et al., 2017...) sont tout à fait en cohérence avec des travaux montrant les bénéfices de la

réflexivité collective, notamment sur les contraintes émotionnelles vécues par les professionnels du soin (Andela & Truchot, 2016 ; Molinier, 2005, 2006).

1.2.2.7. Une profession centrale et recluse

En étudiant le secteur de l'aide à domicile, nous avons pu constater son exclusion partielle du système de santé, du monde médico-social auquel il contribue tant. Cette mise au ban sectorielle se ressent sur le terrain également. Nous avons mentionné les sorties d'hospitalisation (Insergueix, 2014) qui se font bien souvent sans coordination avec les services d'AD et compliquent grandement la gestion des plannings. Nous avons également souligné le manque d'inclusion des AD lors de certaines décisions complexes impliquant les PA et tous les acteurs gravitant autour (Xing, 2014). Effectivement, on constate un manque d'intégration des AD dans les dispositifs de prise en charge des PA auxquelles elles participent pourtant (Loones & Jeauneau, 2012) : elles ne sont généralement pas consultées, pas prises en compte dans les réflexions.

Les AD identifient bien la nécessité de mettre en place « des partenariats et des réseaux autour de la personne », l'importance de faire connaître l'aide à domicile et ses défis aux autres acteurs tels que les médecins et les hôpitaux (Blondel et al., 2013, p. 157). Pour autant, les contraintes organisationnelles des différents acteurs du domicile compliquent les rencontres physiques (Bonamy et al., 2012), et leurs relations aux professionnels du soin sont bien souvent tendues (Blondel et al., 2013). En réalité, ces derniers n'accordent pas toujours de crédit aux éléments et points de vigilance qu'elles remontent des situations, les considérant comme des aides ménagères n'ayant donc aucun lien avec le soin (Blondel et al., 2013 ; Bonamy et al., 2012).

En lien avec ce défaut de considération ou de connaissance de l'AD, se trouve une autre source de tension, à savoir les tâches que les infirmières ou aides-soignantes entament mais ne terminent pas, laissant le nettoyage aux AD. Avril (2006b) en donne un exemple typique : « l'odeur d'urine est perceptible dès le palier de l'immeuble. Elle ne porte pourtant des couches que la nuit mais l'infirmier ou l'infirmière qui passe le matin avant [qu'elle] n'arrive, laisse la couche par terre, comptant sur le fait que l'aide à domicile la ramassera » (p. 91). Ce dernier aspect de la difficile coordination avec les professionnels du médico-social

nous assure une transition des plus fluides vers le point suivant : le manque de reconnaissance.

1.2.2.8. Des professionnelles oubliées de Phéme

Les aides à domicile ne sont pas assez reconnues. Malgré la reconnaissance essentielle que peuvent exprimer les bénéficiaires, celle de certaines organisations employeuses, celle provenant malgré tout de la qualification, celle de nature législative liée à leur intégration au système médico-social (loi 2002-2) (Robuschi, 2008)... Il y a un défaut considérable de « reconnaissance sociale et professionnelle » (Nicot & Yahiaoui, 2008, p. 37), voire un mépris social à leur égard (Ennuyer, 2018). Cela se ressent à travers les salaires faibles, le déficit d'image, les effets mitigés de la formation, l'exclusion du système de santé, la réduction à du travail ménager, en dépit du large éventail de compétences qu'elles déploient au quotidien. Nous l'avons largement illustré lors de notre description du secteur puis dans les paragraphes précédant cette partie.

D'autre part, la non séparation des tâches attribuées aux AD de différentes catégories (A, B ou C) est également perçue comme une manque de reconnaissance (Disquay, 2015 ; Van De Weerd et al., 2017). Il en va de même des dysfonctionnements organisationnels, le manque de communication, le fait par exemple de ne pas être prévenue du décès d'une PA participant au sentiment de ne pas être écoutées, considérées (Burban, 2018). On peut également noter que certaines des tâches effectuées impliquent de se confronter à la saleté, ce qui peut faire de l'aide à domicile un « sale boulot » associé au bas de la hiérarchie sociale (Dussuet, 2013, p. 113).

Ce que nous n'avons pas encore détaillé, ce sont les explications sous-tendant ce phénomène. Pourquoi l'aide à domicile est-elle si souvent perçue comme une intervention relevant du travail domestique et associée voire réduite au fait de faire le ménage ? (Bonamy et al., 2012) Pourquoi semble-t-il admis que le métier ne nécessite pas de compétences professionnelles particulières ? (Bonamy et al., 2012)

1.2.2.8.1. Les origines du manque de reconnaissance

Nous organiserons les réponses à notre disposition en deux axes complémentaires. Dans un premier temps, nous montrerons, par une brève parenthèse historique, l'association

qui est faite aujourd'hui encore entre le rôle social féminin, le monde du privé et la sphère domestique (Dussuet, 2016). Dans un second, nous exposerons le continuum créé entre la sphère domestique et le travail de care (Alvarez, 2010).

Le poids de l'histoire

C'est donc Dussuet (2016) qui nous permet d'entamer ce voyage sociohistorique à la pertinence contemporaine. Nous résumons ainsi son propos. La dichotomie entre sphère publique et sphère privée n'apparaît qu'à partir du 17^{ème} siècle, avec le développement des villes et une rigidification des normes de comportement. La sphère publique est associée à un espace politique, lieu de droits et de raison, tandis que dans la sphère privée, les personnes peuvent exprimer leur « authenticité » (p. 125) et les émotions reprennent leurs droits. Chaque espace possède ses normes, en public on peut se centrer sur ses intérêts sans tenir compte des autres, alors qu'en privé il faut se soucier de l'autre et des liens qu'on entretient. Alors, les femmes sont cantonnées à la sphère privée, tandis que les hommes ont accès aux deux dimensions. C'est à partir de cette dichotomisation du privé et du public que se féminise la domesticité. Le travail domestique n'est pas reconnu comme du travail, parce que privé. Il est d'ailleurs très difficilement voire pas du tout cadré à la fois dans le contenu, les tâches réalisées et dans la forme, les limites temporelles. Le travail, dans le service à domicile, est marqué par l'influence du domaine privé : La qualité du service ne peut passer que par la perception du bénéficiaire qui détermine au moins partiellement comment faire le travail et ce sans que ce soit établi auparavant. Cela peut s'assimiler selon l'auteur à une « mise à la disposition d'autrui » (p. 131) perçue comme légitime par les acteurs puisque répondant à la qualité de service, bien qu'en opposition avec les normes de la sphère publique à laquelle le salariat est censé appartenir. Les tâches réalisées et les compétences impliquées sont occultées par les salariées elles-mêmes, de par la « dénégation » et la « naturalisation » (p. 131) de leur travail, en tant que continuité d'un rôle social genré. Malgré la diversité de compétences mobilisées, on observe un « déni de qualification » (p. 131) entériné par la convention collective elle-même en stipulant que le premier niveau de qualification ne nécessite aucun diplôme car reposant simplement sur « une expérience personnelle de la vie quotidienne ». Le recouvrement entre service à domicile et travail domestique non rémunéré explique également les limites du travail très floues autant dans

la nature des tâches que dans la délimitation temporelle. Les normes de l'emploi sont ainsi transformées, deviennent malléables de par l'influence de la logique de la sphère privée, et donnent lieu à l'acceptation de conditions inacceptables dans tout autre contexte d'emploi classiquement déterminé par la logique de la sphère publique.

Le continuum domesticité-care

Les explications d'Alvarez (2010) précisent la continuité entre le travail domestique et le travail de care. Dans la sphère privée, le travail de care n'est pas reconnu comme du travail. Il ne l'est pas non plus dans la sphère professionnelle du monde de l'aide à domicile, trop associé au rôle traditionnel des femmes dans la cellule familiale. En effet, le care est souvent envisagé en termes de transfert de compétences privées vers le monde du travail, il est donc complètement absorbé par la « logique familiale » (p. 6), par la représentation, à l'échelle de la société, du rôle « naturel » (p. 6) des femmes dans la cellule familiale. Il y aurait donc un « imaginaire domestique » (p. 8) et une « invisibilité du care » (p. 8) propres à la profession d'aide à domicile, qui continuent à porter une tradition d'inégalités liées aux rôles sociaux genrés dans la sphère privée comme dans le monde du travail.

La littérature scientifique sur l'aide à domicile regorge de ces démonstrations (Ribault, 2008 ; Robuschi, 2008 ; Trabut, 2014c ; Van De Weerdt et al., 2017), de ces constats d'un « travail invisible » (Bardot, 2012, p. 59) reposant sur des dispositions liées au genre féminin (Avril, 2003), des « qualités féminines » (Bonnet, 2006, p. 75), et dont la pénibilité émotionnelle se trouve ainsi occultée (Dussuet, 2013).

1.2.2.8.2. Les retombées du manque de reconnaissance

Nous avons exploré en quoi et pourquoi la profession manque de reconnaissance, il nous reste donc à en détailler les conséquences. En effet, l'importance de la reconnaissance au travail a été démontrée dans divers contextes organisationnels (Bigi, 2016 ; García-Herrero et al., 2017). Or considérant qu'elle fait particulièrement défaut aux AD, et tenant compte de la complexité de leur activité, il est fort probable qu'un déséquilibre entre effort et récompense puisse se faire sentir et nuire à leur santé (Siegrist, 1996, 2001). Les auteurs travaillant sur l'aide à domicile montrent des conséquences de deux ordres, d'un côté une

souffrance favorisant un dépassement des limites, et de l'autre un vécu différent des contraintes selon le public accompagné.

Le salut dans la relation d'aide

Premièrement, Disquay (2015) souligne la lassitude, la démotivation, la frustration, la souffrance psychique engendrée par le manque de reconnaissance. Généralisé, il contribue à une « auto-dévaluation des salariés », qui elles-mêmes ne voient pas, ne reconnaissent pas leurs compétences (Bouvier et al., 2010, p.58). Le « sacrifice » du dépassement de ses ressources pour le care auprès du public vulnérable peut alors devenir vecteur d'« estime de soi » et de « valorisation du métier » (Disquay, 2015, p. 304). C'est parfois en quête de reconnaissance « personnelle », venant des PA, que les AD dépassent le prescrit, dépassent les limites du professionnel et passent sur le mode du don de soi (Bonnet, 2006 ; Dussuet, 2011). C'est notamment cette partie de l'activité qui leur permet d'extraire la profession d'une logique « purement marchand[e] et domestique » (Bonnet, 2006, p. 83). Ainsi pour certaines professionnelles, les situations les plus extrêmes qu'elles arrivent à supporter représentent « l'acmé » de leur travail, ce sont ces situations qui font sens, qui restaurent leur autonomie et leur « place sociale » (Doniol-Shaw, 2009, p. 34). Elles se sentent alors valorisées parce qu'elles tiennent là où d'autres ne peuvent pas tenir, parce qu'elles sont les seules capables de continuer, tenues par un « refus "d'abandonner" les personnes » (Doniol-Shaw, 2009, p.38). Mais cet engagement personnel ne permettrait pas nécessairement d'obtenir la reconnaissance au grand jour, venant des collègues, celle-ci étant accessible par la mise en place d'une juste distance avec les PA, marqueur de professionnalisation (Bonnet, 2006). Et si « la relation d'aide, sans régulation d'un tiers, devient le lieu de cristallisation de tous les espoirs quant à la valorisation de soi et de son travail » (Bonnet, 2006, p. 83), cet « engagement considérable », ce « dépassement des limites personnelles », n'est pas sans impacter la santé physique et psychique des AD (Burban, 2018, p. 58).

La dichotomisation de l'activité

Ensuite, le manque de reconnaissance exacerbe la distinction entre deux types d'interventions, comme deux pôles associés chacun à des vécus bien dissemblables. D'une part les situations de « confort », auprès de clients qui ne connaissent pas d'enjeux

d'autonomie, dans lesquelles la technicité et l'efficacité priment (Robuschi, 2008, p. 62). À l'opposé, les interventions de « maintien de l'autonomie » auprès de personnes aidées, qui impliquent de forts enjeux relationnels et nécessité d'un certain « tact » (Robuschi, 2008, p. 63). Cette polarisation rend le travail « plus acceptable » lorsqu'il s'agit de dépendance, mais ça complique le fait d'intervenir pour les ménages de confort dans lesquels la pénibilité se trouve accentuée (Dussuet, 2011, p. 116). Dans ces situations, l'activité professionnelle et le rôle social traditionnellement associé aux femmes dans la sphère privée se superpose encore davantage, comme le montre Alvarez (2010) en citant une AD « J'aime pas le ménage. Le ménage y'en a déjà assez à la maison » (p. 4).

Disquay (2015) détaille plus avant les ressentis entretenus par les AD à l'égard de ces deux pôles. Les situations de dépendance représentent la pleine expression du sens du métier. Être dans l'accompagnement, dans « l'attention portée à l'autre et l'engagement dans la relation de care » (p. 288) procure un sentiment d'utilité vis-à-vis de ces personnes qui sont dans le « besoin de leur intervention » (p. 290). Ces situations provoquent empathie et attitude compréhensive, malgré le poids émotionnel et la souffrance qui leur sont souvent associés, y compris parce que les professionnelles peuvent relativiser et occulter leur souffrance au vu des difficultés des PA. On rejoint ici le point précédent sur le dépassement des limites. À l'inverse, les situations de confort sont sources de frustration et de colère, perçues comme à l'opposé du travail d'accompagnement et de care qui fait sens et pour lequel elles sont (pour certaines) formées. Ce, parce qu'il s'agit de clients, qui « payent » (p. 291) et l'intervention n'est pas perçue comme nécessaire. Enfin, ces situations sont directement associées à un manque de reconnaissance de par la façon dont certains bénéficiaires les y considèrent.

Pour conclure sur la question de la reconnaissance, nous citerons Burban (2018), qui parle d'une profession « plus complexe qu'on voudrait le croire » (p. 58), à l'interface entre de nombreuses dimensions, relationnelles, sociales, partenariales.

1.2.2.9. La formation en question

Nous avons déjà détaillé les effets mitigés du DEAVS en termes de conditions d'emploi et indirectement de pénibilité, liée aux contraintes horaires notamment (Mansuy & Marquier, 2013). Nous compléterons brièvement, avant de passer à la critique de la

formation, puis aux différences qui émergent néanmoins dans les vécus selon la catégorie d'emploi.

Les limites de la professionnalisation

Il est clair que l'accès à la catégorie C, donc au DEAVS (actuellement DEAES), se traduit sur le terrain par l'accès à un plus grand nombre de situations de dépendance (Trabut, 2014b). Devetter et collaborateurs (2012) montrent ainsi que la professionnalisation accroît l'exposition à un certain nombre de facteurs de pénibilité associés aux publics les plus fragiles et aux tâches les plus complexes. La formation est supposée avoir un double effet, à la fois l'augmentation de la difficulté, et l'augmentation des ressources pour y faire face. Mais d'une part la logique de compensation qui sous-tend normalement l'augmentation des activités pénibles ne fonctionne pas dans l'AD, où les salaires ne sont que peu impactés par la qualification (Devetter et al., 2012). Et d'autre part, si l'accès à davantage de situations de dépendance représente potentiellement plus de reconnaissance, la formation au diplôme d'auxiliaire de vie sociale permet-elle effectivement de compenser cette augmentation de la pénibilité ? La réponse ne semble pas évidente.

Ennuyer soulève le défaut de préparation à la complexité du travail relationnel, à plus forte raison dans le cadre particulièrement sensible de l'intervention à domicile (Ennuyer, 2018 ; Ennuyer & Gardien, 2017). Disquay et Egido (2017) relèvent quant à eux un besoin de formation sur la pratique du care, pour une prise de conscience de sa non banalité, des enjeux pour le caregiver, et de la nécessité de développement d'« une capacité de self-care » (p. 64).

Zoom sur le Diplôme d'Auxiliaire de Vie Sociale

Que rapportent plus précisément les auteurs concernant le DEAVS ?

Premièrement, pour Ville et Nouri-Mangold (2014), la VAE du DEAVS repose en grande partie sur les conceptions individuelles des jurys, sur leur expérience et leurs représentations. Les autrices décrivent pour exemple deux positionnements observés chez des jurys, relatifs à la professionnalisation. Pour le premier, la professionnalisation passe par la reconnaissance des compétences des AVS en tant que compétences professionnelles par

opposition à des compétences féminines ou naturelles. Pour le second, la professionnalisation ne transite que par la technicisation des gestes de métier.

Quant à Julliard et Leroy (2014), ils exposent une vision très critique de la formation au DEAVS telle qu'ils l'ont observée. Ils décrivent des contenus contradictoires, avec d'un côté des apports formels portant une visée de standardisation et de suppression de l'autonomie, une « hyper-rationalisation des procédures » (p. 121). Et de l'autre, des apports informels soulignant la nécessaire gestion autonome des inévitables aléas de l'intervention à domicile, et la prise de responsabilité basée sur l'empirisme. Ils évoquent un « jargon professionnel hybride » entre « termes universitaires » et « termes techniques du domaine paramédical » (p. 113), ainsi qu'un fonctionnement scolaire dans l'inculcation des savoirs sous forme de définitions à apprendre par cœur puis à réciter dans les questions fermées des examens. Un certain nombre de tâches qu'elles seront amenées à réaliser fréquemment se trouvent à la limite avec des actes paramédicaux qu'elles n'ont en théorie pas le droit de réaliser. Or si la formation présente ces actes comme hors champ et ne leur apprend pas à les réaliser, il en est tout autrement sur le terrain, et notamment pendant les stages de cette même formation : « Elles en apprennent trop peu pour prétendre les mettre en pratique, mais assez pour mesurer leur dépendance et l'infériorité de leurs compétences aux échelons supérieurs de la chaîne professionnelle. » (Julliard & Leroy, 2014, p. 115)

Pour ces auteurs, la formation au DEAVS prépare les (futures) professionnelles à connaître des limites théoriques qu'elles devront inévitablement franchir dans la pratique. Nonobstant la nécessaire adaptation dont elles feront preuve, cet outrepassement inéluctable, ne pourront être reconnus et valorisés « puisque son existence est tacite, à l'ombre du travail formellement prescrit au domicile » (p. 121).

Ces observations sont tout à fait cohérentes avec le constat de Ville et Nouri-Mangold (2014) concernant l'examen oral de la VAE du DEAVS. Lorsque les examinateurs posent des questions sur ces limites, beaucoup de professionnelles donnent les réponses attendues en sachant pertinemment qu'elles font l'inverse dans la réalité.

Il semble donc qu'une grande partie des éléments problématiques évoqués précédemment transparaisse au cœur même de la formation la plus qualifiante du secteur.

Des vécus différents selon les catégories d'emploi

Quoi qu'il en soit, Disquay (2015) montre malgré tout des différences de vécu entre les professionnelles des trois catégories, dont voici quelques exemples. Les sources de difficultés ne sont pas les mêmes, par exemple le manque de temps est moins stressant pour les salariées en A, tandis que le manque de reconnaissance pèse davantage sur les salariées en B et C. La perception et l'évocation de la souffrance au travail diffèrent également. Les agentes (A) pratiquent un « masquage de la souffrance » (p. 252), alors que les AVS (C) expriment fortement souffrance psychique et stress très liés à la conjonction de situations complexes et du manque de reconnaissance. Pour finir, elle constate des divergences du rapport que les AD entretiennent à leur santé. Les agentes sont très portées sur le maintien de la santé physique comme prérequis au fait de pouvoir continuer à travailler. Les employées (B) identifient bien la prévention comme un élément important, mais la mettent peu en œuvre, faute de temps ou de disponibilité. Les AVS quant à elles acceptent de devoir « supporter » (p. 300) les situations difficiles et leurs conséquences psychiques et physiques, comme si elles ne pouvaient être évitées. En vertu d'un primat du prendre soin de la personne sur le prendre soin de soi, elles font en sorte de ne pas laisser paraître leurs difficultés lors des interventions.

Dans cette partie, nous avons analysé un certain nombre de caractéristiques organisationnelles et psychosociales qui participent à déterminer la santé au travail des aides à domicile (résumées dans le tableau 1.6). Nous avons tout d'abord posé le cadre tout à fait singulier de l'intervention à domicile, domicile qui à la fois lieu de vie et lieu de travail, requiert d'innombrables précautions. Cela a été l'occasion de noter la distance inhabituelle des employeurs vis-à-vis de leurs salariées et de cet environnement de travail. Employeurs par ailleurs distinctifs, dans le cadre des organismes prestataires associatifs, puisqu'il s'agit de bénévoles et que cela n'est pas anodin. À leurs côtés, nous avons soulevé le rôle primordial des personnels administratifs dans la préservation de la santé au travail des AD, personnels eux-mêmes soumis à un quotidien fiévreux. Ce mouvement frénétique est à l'image de la temporalité effrénée que connaissent bien souvent les AD, entraînées par cette pression temporelle qui ne laisse que peu de repos. Il en faudrait pourtant, au vu de la palette de compétences qu'elles sollicitent sans cesse pour gérer l'inépuisable variabilité de situations

rencontrées. Or face à l'hétérogénéité des conditions d'intervention et les décisions épineuses, l'indistinct prescrit n'offre qu'un bien maigre secours aux salariées. Au beau milieu de ce tumulte, la communication fait défaut, les informations peinent à se frayer un chemin jusqu'aux principales concernées. Ces-dernières s'activent malgré tout, indépendantes, sans savoir ce qui les attend, et l'aridité de l'isolement n'étant guère favorable à la construction d'un collectif, ce havre leur est refusé. Il leur est également difficilement possible de se tourner vers leurs collègues du médico-social, un monde aussi proche qu'inaccessible. Enfin la formation elle-même, ne semble pas procurer de point d'appui solide ni encourager l'émancipation de la profession. Faut-il croire que l'existence des AD n'est pas arrivée aux oreilles de la Renommée, pour que nulle part elle ne chante leurs louanges ?

Aventurons-nous à présent dans les méandres du travail émotionnel et relationnel réalisé quotidiennement par les aides à domicile.

Tableau 1.6 : *Récapitulatif des déterminants organisationnels et psychosociaux de la santé au travail des aides à domicile*

- La complexité d'intervenir au cœur de l'intimité des PA
- La difficulté d'adapter l'environnement de travail
- Le statut bénévole des employeurs
- Des personnels administratifs surchargés
- De fortes contraintes temporelles
- Une nécessaire adaptation permanente à la diversité des situations
- Un flou prescriptif
- Un manque de transmission d'information
- Un isolement aboutissant à un défaut de collectif
- Une coordination parfois malaisée avec les partenaires du médico-social
- Une formation déficitaire

1.2.3. Enjeux relationnels et émotionnels

1.2.3.1. Une posture professionnelle délicate

La perpétuelle recherche d'équilibre

Les aides à domicile, dans leurs relations aux PA, doivent développer et apprendre à maintenir une posture relationnelle complexe (Aburto Brom, 2018 ; Albu et al., 2015). La nécessaire construction de la confiance repose à la fois sur la qualité du travail technique et la qualité de la relation mise en place (Boudra et al., 2019). Elles doivent donc faire preuve d'une vigilance exacerbée (CNRACL, 2012), être attentives en permanence aux signaux émis par les bénéficiaires, signaux spontanés ou en réaction à un geste, une parole des professionnelles, signaux contenant plus ou moins d'implicite (Dussuet, 2011). Tout cela prend place dans un contexte bien particulier s'il faut le rappeler, puisqu'il s'agit de travail dans l'intimité d'un public qui traverse des « séquences de vie critiques et paroxystiques » (Burban, 2018, p. 55). Elles sont donc en présence de « mécanismes psychiques » variés, qu'il leur faut accueillir, amortir (Burban, 2018, p. 55). Ainsi, face aux exigences parfois très fortes des personnes aidées, ne semblant répondre à aucune utilité réelle (Bardot, 2012) et représentant parfois un danger pour elles-mêmes, les professionnelles ont pour mission de « combiner contrainte et autonomie » (Hennion & Vidal-Naquet, 2015, p. 9). Elles mobilisent pour ce faire des compétences relationnelles variées et tentent de « faire accepter aux patients de se soumettre librement aux contraintes exigées par leur situation » (Hennion & Vidal-Naquet, 2015, p. 8). À l'inverse, dans certaines situations, notamment auprès de personnes en situation de handicap, les professionnelles peuvent avoir l'impression d'être considérées comme de « simple[s] exécutant[es] [...] [en] attente des « ordres » à venir », dans la mesure où ces PA « savent très exactement comment [elles] veulent être lavé[e]s, habillé[e]s et nourri[e]s » (Blondel et al., 2013, p. 160). Enfin complexité également de la relation avec les aidants familiaux et la grande diversité de postures de ces proches aidants, complexité de la coordination, de la compréhension, de la clarté des rôles de chacun (Bourgouin et al., 2019).

La relation d'aide à domicile nécessite ainsi la construction d'un équilibre ténu entre aidé et aidante professionnelle, chacun devant s'adapter et faire des compromis afin de rendre supportable l'inévitable contrainte (Hennion & Vidal-Naquet, 2015). Cet équilibre

relationnel entre AD PA est marqué par « l'instabilité et la fragilité », « entre distance et rapprochement » (Blondel et al., 2013, p. 161, 167). Il est question de la difficulté de délimiter la relation professionnelle de la relation « affective presque amicale » (Boudra et al., 2019, p. 43), de ne pas glisser vers un fort investissement affectif « sans guère de repères ni garde-fous » (Nicot & Yahiaoui, 2008, p. 33). Il s'agit aussi de « savoir dire non » (Brasseur et al., 2010, p. 26), car s'il ne fait aucun doute que le rôle des AD est de répondre à des besoins des bénéficiaires, leur positionnement face aux attentes, aux désirs est plus incertain (Blondel et al., 2013). Aussi la question suivante se pose-t-elle : « Jusqu'où aller dans la satisfaction des attentes des bénéficiaires ? » (Blondel et al., 2013, p. 183). Les AD se situent donc dans une oscillation permanente entre la « relation marchande », un service rémunéré circonscrit dans le temps et le contenu, et la « relation interpersonnelle privée » caractérisée par un engagement non délimité (Dussuet, 2011, p. 120). Elles y sont « sans cesse confrontées à l'alternative entre donner et compter, aimer ou rester insensible, agir en altruiste ou travailler » (Dussuet, 2011, p. 120).

Bonne distance et pactes implicites

Elles sont ainsi en quête de la fameuse « bonne distance » (Disquay, 2015 ; Dussuet, 2011 ; Gucher, 2012). Ce, entre le cadre normatif incertain délimitant peu ou prou un rôle professionnel, la pression temporelle entravant la construction de la relation (Bauthamy & Leconte, 2020) et la considération pour l'univers privé de la personne (Gucher, 2012)... Disquay (2015) parle d'une injonction confinant au « paradoxe » (p. 287), étant donné la réalité de la nécessaire proximité, des liens et de l'attachement qui se créent très souvent en pratique. Pour elle, ce paradoxe favorise précisément ce qu'il vise à éviter et peut amener les AD à trouver un équilibre à travers la « transgression » et typiquement le « surinvestissement » (p. 287). Ainsi, la « juste distance relationnelle » (Robuschi, 2008, p. 65), être à l'écoute sans trop donner de soi, mais ne pas donner l'impression d'être indifférente, s'acquerrait avec l'expérience (Dussuet, 2011).

Cette recherche d'équilibre se construit sur la base de « pactes implicites » n'incluant pas de tiers régulateur, et formant « la boîte noire » des relations entre bénéficiaires, aidants familiaux et aides à domicile (Blondel et al., 2013, p. 181). Dans le secret du domicile se nouent ces accords permettant aux professionnelles de plus grandes marges de manœuvre,

notamment en renforçant leur pouvoir de négociation, tout en permettant aux bénéficiaires d'obtenir certaines réponses à leurs attentes (Blondel et al., 2013). Cela n'est possible pour les AD qu'au prix de la difficulté à placer le curseur de la relation et des réponses à apporter ou non aux attentes des bénéficiaires (Blondel et al., 2013). L'autre risque souligné par Blondel et collaborateurs (2013), est l'enfermement dans ces pactes, d'un côté comme de l'autre, et donc la dégradation de la relation. Des tensions et relations inadaptées à un cadre professionnel peuvent voir le jour, sans que les AD n'aient la possibilité d'exprimer la souffrance qu'engendre ces situations et de les analyser, jusqu'à ce qu'elles dégénèrent en conflit ou en rapport de servitude (Bonamy et al., 2012). Culpabilité, isolement, soumission, être « envahis par le don de soi » (Bonamy et al., 2012, p. 69), les AD manquent d'outils pour faire face à ces complexités, et d'espaces pour en échanger. Cet enfermement dans le privé, sans tiers, est propice à l'apparition d'une « petite violence » faite de maladresses et d'humiliations involontaires, parce qu'il peut être ardu pour les professionnelles de « faire la part entre le désir d'aider et le risque de se substituer » à la volonté de la personne aidée (Bonamy et al., 2012, p. 68). En outre, les situations impliquent souvent « d'estimer la moins mauvaise solution » (Hennion & Vidal-Naquet, 2015, p. 11) en tenant compte de la volonté des personnes qui ne sont plus en mesure de décider seules du déroulement de leur vie, mais aussi de leurs besoins, de leur sécurité, et des limites du service. Il n'est pas rare que les professionnelles, de par les situations, soient amenées « à agir de façon contraignante » (Hennion & Vidal-Naquet, 2015, p. 12). Les AD peuvent donc être prises dans un ouroboros relationnel, où les pactes implicites mis en place au service de la recherche d'équilibre compromettent, presque par nature, l'atteinte de leur propre raison d'être.

D'une maison à l'autre

Ainsi passent-elles « D'une maison à l'autre » (INRS, 2005), du documentaire éponyme, dans une certaine ambivalence entre appréhension de l'inconnu, « sur quoi je vais tomber », et enthousiasme de la découverte, « j'aime bien les débuts d'accompagnement, cette période où l'on fait connaissance » (Burban, 2018, p. 58). Il leur faut parvenir à isoler les interventions les unes des autres, pour pouvoir réaliser le travail de care impliquant la prise en compte la plus profonde de qui est l'autre (Doniol-Shaw, 2009). C'est aussi valable lorsqu'elles ont été témoin d'un accident, d'une urgence, d'un incident dans un domicile et

qu'il faut passer au suivant « avec le même sourire et la même pêche » tout en appréhendant les potentiels reproches pour le retard (Madiot & Poulin, 2018, p.75). Ainsi donc, porteuses du poids angoissant de l'immense responsabilité perçue à l'égard des PA, conscientes de « l'injonction à la bienveillance » et du risque de « maltraitance de l'insuffisance » (Disquay, 2015, p. 294), elles traversent les jours, durement conscientes qu'il n'est « jamais possible d'être sûr[e] d'avoir bien fait » (Hennion & Vidal-Naquet, 2015, p. 4).

1.2.3.2. Des exigences relationnelles élevée, un travail émotionnel constant

Gérer les tensions

« La relation d'aide qui s'inscrit dans un espace de souffrance est à l'origine même de conflits, car la souffrance exacerbe l'expression des sentiments d'injustice et de colère. » (Goffard, 2016, p. 53).

Gucher (2012) nous permet de saisir toute la pertinence de cette citation au regard du contexte qui nous intéresse. Elle montre en quoi il peut être ardu pour les bénéficiaires en situation de dépendance de faire entendre leur voix lors de la construction du plan d'aide. Entre leurs fragilités, pathologies ou situations de handicap, et la posture professionnelle de certains évaluateurs qui ne tiennent pas compte de l'expression de la personne, « rares » (p. 10) sont les occurrences où la personne en situation de dépendance est réellement considérée actrice et co-décisionnaire. Leurs principales opportunités d'exprimer leurs envies, leurs besoins et d'être positionnées comme « co-acteurs » (Gucher, 2012, p.11) apparaissent au cours du temps, au fil des interventions et interactions avec les AD. Le besoin des usagers d'être écouté et pris en compte comme acteur peut alors entrer en tension avec les contraintes que connaissent les AD et le besoin des AD d'être reconnues, sécurisées en tant que professionnelles.

Si les situations conflictuelles sont de fait assez fréquentes, les AD sont toutes en mesure de relater des situations dans lesquelles leurs relations avec les PA leur permettent « d'exercer paisiblement leur métier » (Blondel et al., 2013, p. 180). En revanche lorsque des tensions relationnelles émergent (Bailly et al., 2012), par exemple en lien avec un manque de reconnaissance ou un irrespect de la part du bénéficiaire (ANACT, 2011b), les AD font face à une certaine insécurité puisqu'elles ignorent comment et jusqu'à quand elles seront capables

de les gérer (Blondel et al., 2013). Parfois, les déclencheurs sont moins évidents et comprendre la source des problèmes peut s'avérer délicat (Hennion & Vidal-Naquet, 2015). En outre, lorsque la seule explication restante aux tensions est un problème d'affinité relationnelle, la situation se complique davantage car il est difficilement envisageable, étant donné les contraintes d'organisation, de changer les roulements dès qu'il y a des tensions (Hennion & Vidal-Naquet, 2015).

D'autre part, les tensions peuvent tout à fait émerger du lien entre AD et entourage des PA. Une certaine méconnaissance est fréquente entre aidants professionnels et aidants familiaux, du fait notamment du manque d'opportunités d'échanger, bien que « leur coopération positive » soit indispensable au bien-être des PA comme des AD (Bourgouin et al., 2019, p. 99). La discorde aisément peut poindre, de l'incompréhension ou du désaccord de l'entourage devant les choix professionnels, concernant la préservation de l'autonomie de la personne par exemple (Bardot, 2012). La mésentente à son paroxysme, lorsqu'elle relève du « sabotage » du travail réalisé, de l'envahissement physique et psychique des professionnelles, cause une grande souffrance et peut les mener « à bout » (Burban, 2018, p. 57).

Affronter la violence

Ainsi peut-on définir la violence :

Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, en une fois ou progressivement, en portant atteinte à un ou plusieurs autres à des degrés variables soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles. (Michaud, 1978, p. 20, cité par Goffard, 2016)

Divers facteurs caractérisant l'activité d'AD et décrits précédemment favorisent l'apparition de la violence dans le milieu sanitaire : la pression temporelle (Dallay et al., 2015 ; Duez, 2016) mais aussi l'isolement, la fatigue physique et le manque de formation (Estryn-Behar et al., 2007).

Les AD sont donc confrontées à de la violence, qu'elle soit premièrement dirigée vers elles, vers la PA, ou vers son entourage (Boudra et al., 2019). Cela concerne une partie non

négligeable des professionnelles, puisqu'en 2008, près de 40% ont subi de la violence verbale, 13% de la violence physique, et un tiers d'entre elles ont été témoins de la maltraitance d'une PA (Messaoudi et al., 2012). Les violences, notamment physiques, que subissent les AD de la part des PA peuvent être associées à la maladie d'Alzheimer (Blondel et al., 2013). Dans ces cas-là particulièrement, les AD ont conscience qu'elles peuvent occuper une « fonction d'exutoire » et doivent potentiellement procéder au désamorçage de leurs propres « mouvements réactionnels agressifs » (Blondel et al., 2013, p. 178). D'autre part souligne Disquay (2015), la perception de vulnérabilité chez la PA peut impliquer pour les salariées de ne pas exprimer ses difficultés, voire de tolérer la violence.

Verbale comme physique, la violence peut revêtir un caractère sexuel (Blondel et al., 2013). L'aide à la toilette notamment, est un moment délicat au cours duquel l'AD se trouve plus que jamais dans l'intimité de la PA, il peut arriver alors que cette-dernière adopte des comportements déplacés et à caractère sexuel (Trabut, 2014c). Ce type de confrontation à la sexualité et aux besoins sexuels de certaines PA peut être vécue de manière très violente par les AD (Blondel et al., 2013). Il y a en outre réel déficit de positionnement institutionnel sur ces sujets de vie affective et sexuelle qui ne sont que très rarement évoqués, laissant les professionnelles démunies (Blondel et al., 2013).

Témoigner de la souffrance

Mises à part les tensions relationnelles et l'occasionnelle mais non moins délétère confrontation à la violence, les AD sont les témoins de divers éléments psychologiquement impactant. Elles interviennent dans des situations relevant « de l'intervention sociale lourde » (Doniol-Shaw, 2009, p. 30), des situations d'extrême précarité sociale dans lesquelles on attend énormément d'elles (Bardot, 2012 ; Maraquin, 2018). Elles sont au contact du corps (Bailly et al., 2012) et de ses fluides (Blondel et al., 2013), au plus près de la dépendance, qu'elle soit due à l'âge ou à une situation de handicap.

Or donc, spectatrices impuissantes des ravages du temps, elles accompagnent des années durant, écoutent sans faillir les cris muets poussés par l'angoisse existentielle de la déchéance, et se faisant, contemplant le reflet de leur propre avenir (Bardot, 2012 ; Gucher, 2012 ; Madiot & Poulin, 2018 ; Robuschi, 2008). Ainsi côtoient-elles la souffrance et la mort

(Albu et al., 2015 ; Olejnik Binier, 2018), deux visages de l'affliction auxquels nul ne s'habitue (Madiot & Poulin, 2018).

Les AD sont donc en « exposition permanente, répétée » à ces éléments potentiellement très durs à affronter, et aux mécanismes de défenses associés (Burban, 2018, p. 55). Elles doivent alors gérer leurs émotions, celles des PA et celles de l'entourage (Boudra et al., 2019). Comme souligné plus tôt, les aides à domicile déploient moult compétences touchant « aux dimensions sociales, relationnelles, communicationnelles » (Van De Weerdt et al., 2017, p. 12), et parmi elles se trouve le travail émotionnel (Dussuet, 2011).

Un travail émotionnel de tous les instants

Le travail émotionnel correspond à la gestion des émotions et de leur expression, de façon à se conformer au cadre normatif de l'activité en cours (Andela & Truchot, 2016). Il peut consister notamment à se montrer compréhensif, à ne pas montrer ses émotions dites négatives ou à accentuer certaines de ses émotions (Andela & Truchot, 2016). Lorsque le travail émotionnel implique un écart entre les émotions ressenties et les émotions montrées pour satisfaire à la situation de travail, on parle de dissonance émotionnelle (Andela & Truchot, 2016). Cette dissonance émotionnelle est fortement liée aux symptômes de burnout (Andela & Truchot, 2016). Les exigences relationnelles exposées jusqu'ici suppose un travail émotionnel quasi-constant de la part des AD, pour permettre « la bonne réalisation du service » (Dussuet, 2011, p.109). En effet, qu'il s'agisse du « dégoût » (Doniol-Shaw, 2009, p. 31), de la colère ou de la stupeur que provoquent les situations et aléas de l'activité, elles ne peuvent exprimer ces émotions et doivent les dissimuler (Blondel et al., 2013) :

J'ai appris la mort de madame G. par sms alors que j'intervenais chez quelqu'un d'autre, je n'étais plus du tout concentrée sur ce que je faisais, je n'arrêtais pas de penser à cette dame, mais je devais prendre sur moi, ne rien montrer pour continuer mes interventions. (Burban, 2018, p. 56)

Infailliblement, la charge émotionnelle découlant de ces aspects de l'activité, impacte négativement la santé psychique et physique des salariées, de surcroît gérée isolément (Van De Weerdt et al., 2017).

Comment composent-elles avec tout cela ? Quelles ressources sollicitent-elles ? Quelles régulations mettent-elles en place pour se protéger un tant soit peu des tourments qui semblent indissociables de leur activité ? Que conviendrait-il de mettre en place pour les soutenir ?

1.2.3.3. Comment faire face ?

Comment les aides à domicile parviennent-elles à gérer ces situations éprouvantes en même temps que le maintien de leur posture professionnelle si singulière de complexité ?

Les réponses que proposent les auteurs tiennent d'une part au plaisir, à la satisfaction qu'éprouvent les professionnelles à effectuer le métier, et d'autre part aux stratégies qu'elles mettent en œuvre dans les situations difficiles.

Le plaisir associé à l'activité relationnelle

Nous avons bien identifié les nombreuses contraintes avec lesquelles les AD sont tenues de composer. Disquay et Egido (2013) montrent que le travail, dans leur étude, est très peu abordé sous l'angle du plaisir puisqu'il ne représente que 3% du discours. Selon plusieurs études, cela n'empêche pas les professionnelles d'éprouver une grande satisfaction au travail (Albu et al., 2015), que d'aucuns qualifient d'a priori paradoxale (Petrella & Richez-Battesti, 2013). Le rôle primordial du sens du travail, des valeurs qu'il porte, ainsi que les motivations intrinsèques associées, expliquent la forte satisfaction en dépit de conditions d'emploi et de travail difficiles, en dépit du manque de reconnaissance global (Petrella & Richez-Battesti, 2013). Les deux aspects les plus valorisés du travail, le relationnel avec les PA, et l'utilité vis-à-vis de la préservation de l'autonomie (Loones & Jeuneau, 2012), représentent la source de leur motivation et satisfaction.

En effet, le relationnel avec les PA est un « objet de satisfaction » (Disquay, 2015, p. 241). Il pourrait même être le principal déterminant de la satisfaction à court terme : les AD peuvent évaluer positivement une journée de travail malgré une forte intensité et de la fatigue, du moment que le relationnel avec les usagers a été agréable (Van De Weerd et al., 2017). S'appuyer sur le relationnel positif associé à certaines situations permet probablement de traverser les interventions plus difficiles, comme on peut l'entrapercevoir dans cet extrait où une AD relate un échange avec une PA :

Et puis il me dit que si j'ai un RDV ou quelque chose à faire cet après-midi, je peux y aller, de ne pas s'occuper de lui, que ce n'est pas la peine que je m'ennuie chez lui. Je lui réponds que ça me fait plaisir d'être là. J'aurais pu dire que c'est mon travail, ou bien plus précisément que c'est mon travail mais que j'ai beaucoup de plaisir à travailler chez lui plutôt que chez d'autres. (Weber et al., 2014, p. 153)

D'autre part l'engagement des professionnelles réside souvent dans le travail de « coproduction » avec les PA, orienté vers le maintien de l'autonomie (Rahou, 2013, p. 33), cela point à plusieurs reprises dans les parties précédentes. Ce travail permet de s'éloigner des tâches ménagères et des représentations qui leur sont associées (Disquay & Egado, 2013 ; Loones & Jeuneau, 2012). Effectivement, s'employer à réduire la dépendance des personnes apparaît à la fois comme un objectif de leurs interventions, comme une cause de satisfaction et comme un moyen de faire face au poids des contraintes relationnelles, à la « fatigue » et à la « monotonie du travail » (Avril, 2006b, p. 98).

Aussi, nous proposons d'aborder différemment le paradoxe suivant relevé par Disquay et Egado (2013), tout en conservant sa signification, lorsqu'ils expliquent comme « les motifs de plaisir [...] constituent également des insatisfactions et des difficultés » (p. 62). Nous proposons de le formuler ainsi : les personnes aidées, parfois liées à tant de douleur, tant d'inquiétude, incarnent en dépit de tout une inextinguible source de plaisir, de sens et de valorisation pour ces professionnelles.

Diverses stratégies de coping

Disquay (2015) recense plusieurs stratégies utilisées par les AD. Le soutien social en est une, notamment auprès du responsable, mais elle trouve rapidement ses limites de par l'isolement des professionnelles. Il s'avère que le soutien social est souvent manquant dans la sphère privée également, car elles partagent assez peu les difficultés de leur travail, excepté pour les plus lourdes charges émotionnelles (Disquay, 2015). Cette retenue peut être due pour partie à la volonté de ne pas contribuer à l'image négative du métier (Bardot, 2012). Il semble d'autre part qu'elles s'auto-imposent un interdit, une « obligation morale du secret » en lien avec une interprétation peu excessive du devoir de discrétion professionnelle (Disquay, 2015, p. 236).

Une autre stratégie, peu efficace car associée à de la souffrance, réside dans l'« évitement et l'effacement » (p. 313). Cette stratégie comporte la minimisation des soucis, le changement d'idées, ainsi que le fait d'endurer à bas bruit par « devoir professionnel » (p. 317) ou pour « se montrer fort - compétent » (p. 316). Cela n'est pas sans rappeler le fort engagement dont parle Doniol-Shaw (2009), à ceci près qu'il est quant à lui protecteur. Proportionnel à la dureté des situations dans lesquelles se déploient « l'intelligence et [...] la subjectivité, renouvelant le sens du travail et nourrissant en retour le travail ordinaire » (Doniol-Shaw, 2009, p.40). Mais cela pourrait aussi se rapprocher d'une « désensibilisation », d'une « cuirasse professionnelle » comme seule solution pour pouvoir continuer à intervenir, se fermant ainsi à la relation pour se protéger (Burban, 2018, p. 57).

Pour revenir aux stratégies identifiées par Disquay (2015), le rappel au cadrage de l'intervention représente parfois une aide et participe à protéger l'identité professionnelle des AD, ainsi que leur estime d'elles-mêmes. Certaines salariées mettent en place une forme de « rationalisation » (p. 318), que nous avons évoquée dans les cas où la violence est due à une pathologie. D'autres parviennent à développer une forme de réflexivité, analysant leur propre pratique.

Hormis les stratégies de coping relevées par Disquay, Avril (2006b) l'usage de « tactiques » (p. 95), pour limiter l'exposition à certaines contraintes relationnelles. De même, Hennion et Vidal-Naquet (2015) notent que l'utilisation de la ruse permet parfois d'éviter les confrontations, bien qu'elle ne soit pas toujours suffisante.

Au-delà des nombreuses ressources et compétences dont ces professionnelles font montre, que conviendrait-il de mettre en place pour les soutenir dans ce travail relationnel et émotionnel ?

Soutenir les professionnelles de l'aide à domicile

De ce que nous avons pu constater, comme cela a pu transparaître dans les parties précédentes, les auteurs répondent à l'unisson qu'il est indispensable de reconnaître la spécificité du travail de care et plus largement du travail relationnel réalisé par les aides à domicile, mais aussi d'accroître leurs ressources collectives, et enfin de renforcer la formation (Bailly et al., 2012 ; Disquay, 2015 ; Dussuet, 2011 ; Ennuyer & Gardien, 2017 ; Van De Weerdt et al., 2017).

Tant que la dimension relationnelle est « négligée », voire « niée dans son existence même » (Burban, 2018, p. 55), la charge émotionnelle est trivialisée, « invisible » et « indicible » (Dussuet, 2011, p.115). Et tant que les temps d'échange, de débat de discussion sont impossibles, comment construire une posture partagée et équilibrée permettant de gérer au mieux ce fardeau dans le respect de soi et de la personne accompagnée ? Comment accepter l'inconfortable dimension arbitraire des choix réalisés dans les relations d'aide (Hennion & Vidal-Naquet, 2015) ? Comment accepter « ce tracassé, ce sentiment d'insatisfaction » constitutif du travail de care et preuve de l'essentielle remise en question du bien-fondé de ces actions arbitraires (Hennion & Vidal-Naquet, 2015, p.14) ?

Au cours de cette partie, nous avons précisé la nature de la posture professionnelle éminemment complexe que les AD se doivent de développer (cf tableau 1.7). Dans leur recherche de la « bonne distance » relationnelle, elles se trouvent confrontées à maints écueils. Construire une relation de confiance, mais ne pas sortir du cadre professionnel. Être à l'écoute et répondre aux besoins des PA, mais ne pas dépasser les limites. Identifier les limites en question. Faire preuve d'empathie, mais ne pas substituer sa volonté à celle de la PA. Être toujours disponible et vigilante à la PA, mais l'oublier aussitôt pour prodiguer la même qualité d'accompagnement à la personne suivante. Porter une responsabilité considérable, mais ne jamais avoir la certitude qu'on a « bien fait ».

Nous avons aussi présenté les fortes exigences relationnelles et émotionnelles qu'implique cette activité d'aide à domicile. Gérer les tensions, héritées de l'amont du processus de prise en charge ou nées de la confrontation de multiples subjectivités au sein d'un contexte d'ores et déjà plus ou moins marqué par une forme de souffrance. Être confrontée à de la violence, sous diverses formes. Faire face à l'intime, à la souffrance, à la mort. Exercer un contrôle de ses émotions tout en accompagnant celles des autres.

Et tout cela, lectrice, lecteur, tout cela prend bien souvent place dans l'ombre et la solitude, à tout le moins partielles. Dans la partie suivante, nous porterons notre attention sur certaines spécificités normatives, tentatives de régulations peu ou prou partagées, qui émergent parfois de ce terreau a priori bien ténébreux.

Tableau 1.7 : Récapitulatif des déterminants relationnels et émotionnels de la santé au travail des aides à domicile

- L'invisibilité des enjeux émotionnels et relationnels
 - La complexité du positionnement, entre affectivité et professionnalité
 - La forte responsabilité perçue à l'égard des personnes
 - Les situations de tensions, voire de conflit
 - L'exposition à de la violence verbale et physique, y compris à caractère sexuel
 - L'exposition à de la souffrance physique et psychique, ainsi qu'à la mort
 - Le travail émotionnel constant
 - Le plaisir et la satisfaction associés au relationnel avec les PA
 - Les stratégies de coping, plus ou moins protectrices
-

1.2.4. Spécificités normatives

Nous présentons ici des exemples de normes, de formes de pseudo-règles de métier plus ou moins partagées. Nous y reprenons partiellement des éléments évoqués précédemment, mais proposés sous l'angle de propriétés normatives dans lesquelles les AD s'inscrivent ou non. Nous verrons que ces normes participent à plusieurs titres à déterminer la santé des professionnelles puisqu'elles peuvent être source de tensions et protègent partiellement de certaines contraintes décrites antérieurement. En outre ce genre de normes pourraient être débattues de façon à tendre vers une régulation commune de l'activité, propice développement de leur santé.

Il est en effet établi que le déficit de collectif de travail engendre dans l'aide à domicile un défaut de règles de métier, de postures professionnelles partagées (Van De Weerdt et al., 2017). Beaucoup d'AD construisent individuellement leurs propres règles et postures, qui sont source de confrontation et parfois de conflits avec les PA et entre AD (Avril, 2003, 2008). Ces normes sont directement en lien avec la perception de la qualité du travail « bien fait » ou « mal fait », ou « pas fait du tout » (Blondel et al., 2013, p. 155). Elles sont influencées par les trajectoires socio-professionnelles des AD, par les raisons pour lesquelles elles en sont venues à intégrer le métier, et par le rapport qu'elles entretiennent avec ses contraintes, honte ou fierté, refus, négociation ou acceptation (Avril, 2012).

1.2.4.1. Des logiques organisationnelles

Nous postulons qu'outre l'influence des trajectoires socioprofessionnelles et des expériences individuelles, la genèse des normes que nous présenterons ici est marquée par la logique dirigeant les organisations employeuses. Avant de décrire les normes, nous proposons donc la description de deux modèles de logiques organisationnelles susceptible d'influencer l'émergence de normes chez les AD. Il s'agit les modèles de gestion de la qualité du travail de Rahou (2013) et des « idéaux-types » de Dussuet (2008, p. 41).

Modèles de gestion de la qualité

Rahou (2003) décline trois types de modèles de fonctionnement et de gestion de la qualité du travail, un modèle industriel régulé par l'offre, un modèle domestique régulé par la demande et un modèle de proximité.

Le modèle industriel repose sur la standardisation et le découpage normalisé, technicisé des interventions. Il n'a strictement aucun égard pour les compétences relationnelles et de care. Il ne laisse pas de place à l'initiative, non plus qu'à la coproduction entre AD et PA.

Le modèle domestique manque de cadre, est intégralement régulé ce que le bénéficiaire exprime et ce que la professionnelle en comprend. Il est très difficile de poser des limites à l'intervention, l'imprévisibilité y est totale et la nécessité d'adaptation poussée à l'extrême.

Dans les deux cas, il s'agit de fonctionnements permettant difficilement une relation de service sereine, et hautement susceptibles de porter atteinte à la santé des salariées comme d'altérer la qualité de service.

Le modèle de proximité est quant à lui hypothétique, est décrit comme étant un modèle s'approchant d'un certain idéal. Il repose sur la recherche d'une adéquation entre les besoins de la PA et le travail de l'AD, via la mise en place de temps d'interaction à différents niveaux, entre PA et AD, entre AD et responsable, et lors de réunions internes à l'organisation. Il suppose une proximité entre usager et service, ainsi qu'une proximité entre acteurs au sein du service, ce que Rahou (2013, p.54) nomme l'« intermédiation organisationnelle ».

Idéaux-types organisationnels

Dussuet (2008) décrit trois idéaux-types des organisations, soit la manière dont elles définissent leur service rendu idéal et la construction envisagée de la professionnalité des AD. Il s'agit des idéaux-types domestique, hospitalier/professionnel et aide à domicile.

Dans le modèle domestique, le service est défini par le bénéficiaire et son entourage. La qualité idéale est celle qui colle au plus près à la demande, sans concessions ni négociations, et elle repose exclusivement sur les compétences personnelles, et notamment « féminine[s] » (p. 42).

Le modèle hospitalier/professionnel repose sur un service défini par un groupe professionnel reconnu socialement (médecins ou travailleurs sociaux), sans que le bénéficiaire n'ait son mot à dire. Le service de qualité idéale est celui qui respecte sans faillir la prescription. La qualité y est garantie par la qualification, garante des compétences des AD.

Le modèle aide à domicile est un entre-deux, issu du compromis entre la toute-puissance des choix du bénéficiaire et le cadrage extrêmement rigide des prescripteurs faisant autorité. Le service de qualité idéale doit combiner la prise en compte de la singularité du bénéficiaire avec les connaissances et prescriptions des prescripteurs. La construction de la professionnalité reposerait alors sur la combinaison de la qualification, institutionnalisée, et des compétences développées empiriquement. Là aussi évoquant un hypothétique fonctionnement exemplaire, il nécessite pour émerger à la fois des moments collectifs, et une reconnaissance sociale.

Nous notons que les modèles de gestion de la qualité, tout comme les idéaux-types, s'établissent sur l'opposition de modalités extrêmes de définition des tâches et de la qualité. En outre, dans les deux cas un pôle est dangereux de rigidité, l'autre d'imprécision.

1.2.4.2. Deux normes de travail ménager

Avril (2003) décrit deux normes opposées de travail ménager identifiées chez des AD.

Pour la première, faire correctement son travail, c'est faire chez les PA comme on ferait chez soi. Il n'y a pas de « dissociation » (p. 196) du travail et du privé. La norme de travail ménager est dictée par la norme de travail domestique personnel, ce qui implique le dépassement des limites indiquées par le travail prescrit.

La seconde considère que faire correctement son travail c'est faire le travail prescrit. Lors que le prescrit est insuffisamment précis, on se met ses propres limites, en fonction notamment des tâches que l'on considère plus ou moins valorisantes.

Selon Avril, le choix d'une norme ou de l'autre réside dans ce que l'on considère comme le travail bien réalisé, puis dans la manière de faire face au flou prescriptif, soit les limites que l'on met à son propre travail.

1.2.4.3. La norme de sollicitude

Avril (2008) définit l'éthique de la sollicitude comme le fait d'évaluer et de s'adapter aux besoins des personnes, même si cela dépasse les attributions, le rôle prescrit tel que le perçoit l'AD.

Elle relève deux types de positionnements chez les professionnelles observées.

L'adhésion à l'éthique de la sollicitude comprend un discours centré sur le fait d'aimer prendre en charge les PA, sur la fierté vis-à-vis du travail, et l'acceptation de dépasser le prescrit pour répondre aux besoins. Nous proposons de relier ce positionnement à l'éthique du care décrite par Disquay (2015), qui implique la minoration du prendre soin de soi-même, l'oubli voire le « sacrifice » de soi pour effectuer ce travail de care (p. 304). Nous proposons également d'y adjoindre l'engagement fort dans les situations extrêmes, défini par Doniol-Shaw (2009), et dont l'essence est contenue dans la phrase suivante : « S'il faut faire, je fais. » (p. 39).

À l'opposé se situe le refus explicite d'adhérer à la norme de sollicitude et à ce que les particularités des PA justifient qu'il faille « accepter n'importe quel type de tâches et de conditions de travail » (Avril, 2008, p.54).

Avril note que celles qui refusent la norme ont préalablement occupé des emplois davantage reconnus socialement. L'aide à domicile représente pour elles un « déclasserment » (p. 60), et elles s'accrochent à leur ancienne identité professionnelle, étant donné que l'identité associée au métier d'aide à domicile est encore indistincte. La norme de sollicitude est en inadéquation avec les valeurs de cette identité professionnelle précédente, et son refus permettrait aussi de mettre de la distance avec leurs collègues qui appartiennent à des classes sociales plus basses.

Les deux positionnements s'excluant mutuellement, les professionnelles de chaque groupe ne se comprennent pas. Les AD qui adhèrent à cette norme ne comprennent pas ces salariées qui n'aiment pas les PA, qui n'aiment pas leur travail. Les AD qui la refusent ne comprennent pas ces salariées qui acceptent n'importe quelles tâches.

1.2.4.4. Cinq conventions de professionnalité

Ribault (2008) définit une convention de professionnalité comme une logique partagée caractérisant la profession selon une « caractéristique dominante » (p. 107). Il

définit huit conventions, mais cinq s'appliquent selon nous spécifiquement aux aides à domicile.

La convention vocationnelle est centrée sur l'amour du métier et valorise l'empirisme comme moyen privilégié de répondre aux besoins des PA. Elle est liée à la volonté d'autonomie, au défaut de collectif, et au manque d'accès à la formation. Cette logique sert de protection face aux dysfonctionnements organisationnels et autres difficultés. Elle mène à la naturalisation des compétences, qui seraient liées exclusivement à l'expérience ou à la culture des individus.

La convention éthique se focalise sur l'amour pour les personnes, l'objectif de maintien de leur autonomie et à travers cela, l'utilité à la société.

La convention pragmatique passe avant tout par la résolution impérative des problèmes. Elle repose sur la capacité d'adaptation à la diversité des situations et besoins, via la mobilisation d'une variété de compétences émotionnelles. L'autonomie y est appréciée, mais la pression est élevée du fait de l'injonction à l'adaptation.

La convention industrielle appelle à tendre vers la séparation entre vie privée et vie professionnelle ainsi qu'à lutter contre l'isolement au moyen de collectifs de travail. Elle met en avant la nécessité de formation pour assurer la progression de carrière et le professionnalisme.

La convention réglementaire est basée sur la centralité des règles posant les limites de leurs interventions. Elles y sont définitoires de la professionnalité, malgré des dépassements occasionnels en fonction des situations. Cette convention implique une perception aigüe du manque de cadre prescriptif comme d'un élément entravant le professionnalisme.

1.2.4.5. Trois modes de relation entre AD et PA

Bonnet (2006) identifie trois types de relations entre aides à domicile et personnes aidées : le service relationnel, le service technique et le service social.

Le service relationnel

Le service relationnel est basé sur un modèle de lien familial, avec une forte implication affective. Il y est difficile de distinguer ce qui appartient au travail ou non, et l'engagement se fait sur le mode du don voire du sacrifice de soi. Il y a une focalisation sur

l'aspect relationnel du métier et un moindre intérêt qui peut aller jusqu'au rejet pour la technicité des tâches. Il est plus présent en milieu rural où les AD et PA peuvent se connaître avant les interventions. Le contact est plus ou moins maintenu en permanence même pendant les congés. Il n'y a pas de manque ressenti de travail d'équipe et les formations ne sont pas perçues comme primordiales puisque les compétences qu'elles valorisent le plus sont les compétences relationnelles « personnelles ». Les actions se basent sur les valeurs personnelles, les AD ne recherchent de reconnaissance que dans la qualité de la relation aux personnes et non via une institution. Les dons des personnes, typiquement, offrir le café, sont perçus comme des marques de reconnaissance « légitime[s] et attendu[s] » (Bonnet, 2006, p.81).

Le service technique

Le service technique fonctionne sur un mode d'échange marchand dans lequel la dimension relationnelle est estompée et où les tâches matérielles constituent le cœur de la professionnalité. La posture est plus rigide pour éviter de s'impliquer personnellement, c'est un type d'engagement adopté au fil de l'expérience dans le métier et sûrement en partie pour se protéger de la souffrance liée à un investissement affectif. Il implique tensions et incompréhensions avec les collègues plus engagées personnellement, tout en souffrant de l'isolement et du manque de travail d'équipe. Les réunions informatives en revanche sont perçues comme inutiles. Les dons des personnes sont autant de risques de transformation de la relation vers un lien plus affectif, donc plutôt refusés.

Le service social

Le service social renvoie à une posture tenant à la fois de l'échange marchand et du don de soi, soutenue par une dimension technique. La professionnalité est orientée vers le soutien des PA et la préservation de leur socialisation. Les tâches ménagères sont acceptées comme étapes à la constitution de la relation et les actions basées sur une éthique professionnelle construite à partir de la perception du terrain. La conception du professionnalisme s'appuie sur la « bonne distance », soit la capacité à entretenir un investissement personnel tout en maintenant des limites salutaires pour l'aidant comme pour l'aidé. Les professionnelles y sont affectées par les tensions sur la conception du métier

et souhaiteraient plus d'échanges et de soutien entre collègues. Les formations sont perçues comme utiles personnellement et professionnellement. Il s'agit de la relation la plus équilibrée en ce qu'elle permet à la fois de prendre en compte les besoins des PA et de protéger l'AD par un rôle professionnel délimité. Ainsi les dons des personnes aidées peuvent être acceptés en tant que partie intégrante de la construction de la relation.

Que retirer de cette pluralité de spécificités normatives ainsi juxtaposées (tableau 1.8) ? Il s'agit d'une diversité révélatrice de conceptions très différentes de l'identité professionnelle que les AD se créent, et à laquelle elles se raccrochent. Des identités mais également de réelles régulations qui, si elles ne sont que peu partagées, viennent donner un cap à l'idéal autant que fixer des limites à l'acceptable, autant d'éléments de cadrage absents du lacunaire prescrit.

Enfin nous pouvons noter, pour clore cette partie, les oppositions parfois fermement marquées qui caractérisent les rapports entre ces normes. Elles posent ainsi implicitement mais non moins intensément, la question de la qualité du travail et par là même, la question du travail réel, question au centre des enjeux de santé (Lallement et al., 2015 ; Sarnin et al., 2011), question manquant crûment en l'occurrence de possibilités d'être débattue.

Tableau 1.8 : Récapitulatif des déterminants normatifs de la santé au travail des aides à domicile

- Des logiques organisationnelles
- Des normes régulant le travail ménager
- Des normes régulant le positionnement relationnel
- Des normes caractérisant le sens du métier

1.2.5. Modélisation de la santé au travail des aides à domicile : Adaptation du JD-R

Lectrice, lecteur, vous voilà, si ce n'était déjà le cas, sensibilisé(e) aux multiples déterminants impactant la santé des aides à domicile. Il est temps à présent de proposer une modélisation de la santé au travail de ces professionnelles.

Nous nous appuyons sur une définition basique de la santé en tant qu'« état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », figurant dans la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1948). Partant de cette vision bi-dimensionnelle de la santé, nous proposons d'étudier la santé au travail des intervenantes à domicile par le biais du modèle Exigences-Ressources au travail (Job Demands-Resources [JD-R]) (Bakker & Demerouti, 2007 ; Demerouti et al., 2001 ; Schaufeli, 2017). La figure 1.2 en est une adaptation libre, ajustée à l'aune de notre objet d'étude :

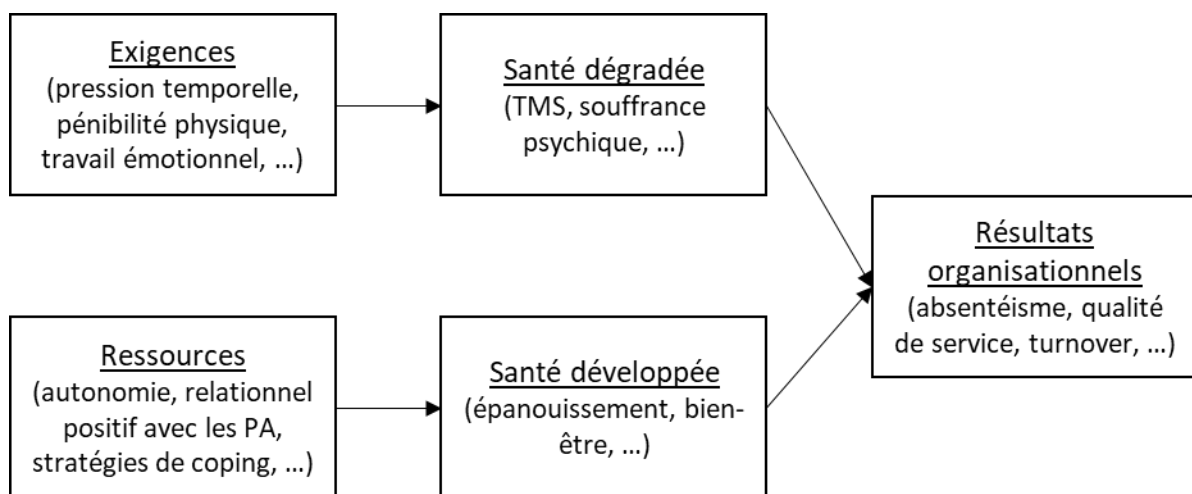


Figure 1.2 : Adaptation libre du modèle JD-R selon l'activité d'aide à domicile

Ce modèle aborde la santé au travail à travers deux processus. Le premier décrit en quoi des exigences trop importantes conduiraient à une dégradation de la santé des individus, qui à son tour impacterait négativement les résultats organisationnels. Les exigences sont des caractéristiques du travail qui coûtent physiquement ou psychologiquement aux salariés, telles qu'une surcharge de travail ou des relations conflictuelles. Dans ce modèle, la dégradation de la santé est classiquement mesurée via

l'épuisement professionnel ou burnout. Les résultats organisationnels sont très variés puisqu'ils incluent, entre autres, l'absentéisme, l'intention de quitter l'emploi, l'engagement organisationnel ou encore la performance.

Un second processus décrit la manière dont les ressources professionnelles permettraient un développement de la santé des individus et limiteraient la dégradation de la santé, impactant ainsi positivement les résultats organisationnels. Les ressources sont des caractéristiques du travail qui soit favorisent l'atteinte de ses objectifs professionnels, soit diminuent les exigences et leur coût, soit favorisent l'apprentissage, l'épanouissement. Dans ce modèle, le développement de la santé est classiquement d'ordre motivationnel et mesuré par l'engagement au travail.

Pour rappel, dans le cas des AD les contraintes potentielles sont nombreuses et leurs ressources sont à double tranchant : d'abord le soutien de l'encadrement n'est pas toujours disponible ou correspondant à leurs attentes, les stratégies de coping comme les normes identifiées semblent pour partie délétères et sources de tension, la forte autonomie peut être associée à de l'isolement, enfin le sens du travail s'exprime parfois au prix d'un moindre self-care y compris dans les situations les plus extrêmes, à défaut d'une régulation effective...

Ainsi nul n'aura été dupe de l'objectif de cette démonstration, nous proposons de nouveau de mettre en exergue l'absence de certaines ressources capitales : le soutien, la reconnaissance, le partage émotionnel, la coordination d'équipe, la régulation collective du travail, autant d'aspects qui relèvent pour tout ou partie de la possibilité d'échanger sur le travail. La discussion sur le travail, en tant que vecteur de santé et de performance, sera donc l'objet de notre prochain chapitre.

Chapitre 2. La discussion sur le travail, vecteur de santé et de performance

Depuis les années 1980, les nombreuses et profondes transformations du travail ont été associées à une intensification et une complexification de la réalité des organisations (Detchessahar, 2011 ; du Tertre, 2007). L'accroissement des exigences de production et la démultiplication des outils de prescription (Detchessahar, 2013) se sont accompagnés d'un appauvrissement des possibilités de régulation collective de l'activité (Massot & Simonet, 2017). Castejon (2020) postule que l'occultation de la réalité du travail et de ses difficultés découle de la négligence, voire de la volonté d'un « modèle global » (p. 69) qui n'en serait pas affecté, ou en bénéficierait. Dans tous les cas, ce déficit de régulation a individualisé le rapport au travail, laissant les acteurs isolés face aux contraintes et dilemmes de leur activité (Davezies, 2012).

En parallèle, les espaces de discussion ou de débat sur le travail (EDD), le dialogue social, le management participatif, sont encouragés par divers acteurs à l'échelle nationale, pour répondre aux défis de performance comme de santé (Davezies, 2012). La discussion sur le travail est devenue une préconisation gouvernementale, dans le rapport Lachmann, Larose et Pénicaud (2010), dans l'accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail de 2013 puis à travers des acteurs comme l'agence nationale de l'amélioration des conditions de travail (ANACT) (2015). La discussion, qui n'est pas une préoccupation tout à fait nouvelle, attire aujourd'hui l'attention (Abord de Chatillon & Desmarais, 2017), bien qu'elle ait été longtemps considérée comme un obstacle à l'activité productive (Briest Breda et al., 2017).

Aussi les « sciences de l'action » (Bonfond, 2016, p. 15), notamment la psychologie du travail, l'ergonomie et les sciences de gestion partagent le constat de la centralité de la discussion dans ces enjeux contemporains de santé et de performance. Bien que la terminologie soit variée, allant de discussion à délibération, en passant par débat, dialogue, ou controverse (Van Belleghem & Forcioli Conti, 2015), la convergence nous semble indéniable. Ces approches de la discussion ont chacune leurs spécificités et leurs points de focalisation, bien décrits dans des travaux plus ou moins récents (Bonfond, 2016 ; Domette, 2019). Elles tendent cependant toutes à favoriser le développement de la santé des individus et des organisations. La discussion représente alors un outil puissant pour atteindre

divers objectifs concourant à cette finalité, des objectifs tels que le développement de pratiques réflexives sur la sécurité (Rocha, 2014), la construction du collectif de travail (Caroly & Barcellini, 2013), une plus grande capacité d'adaptabilité (Detchessahar, 2003), la co-construction du sens au travail (Conjard & Journoud, 2013), l'organisation de la subsidiarité (Merceron, 2016) ou encore l'autopoïèse organisationnelle (Carta, 2018).

Partant du principe qu'il n'y a pas de modèle consensuel de mise en place de la discussion sur le travail (Abord de Chatillon & Desmarais, 2017), est-il néanmoins possible de tirer à grands traits les méridiens de ces interventions, leurs « chantiers de conception » (Detchessahar, 2013, p. 68) ? Bien conscients que divers auteurs ont déjà travaillé sur ces questions et détaillé leur vision des axes structurant les dispositifs de discussion (Detchessahar, 2013 ; Domette, 2019 ; Rocha, 2014), nous nous essayerons ici à proposer modestement la nôtre. Nous tenterons plus précisément d'extraire les lignes de force opérationnelles qui guident les interventions organisationnelles visant à mettre en place ou soutenir la discussion sur le travail. Notre objectif est de proposer un recueil synthétique des points névralgiques autour desquels composer au cours de ces transformations.

2.1. Les lignes de force traversant les dispositifs de discussion sur le travail

Parce qu'ils traversent tous les travaux sur lesquels nous nous sommes penchés, les points suivants doivent être des préoccupations constantes lors d'une intervention de mise en place de la discussion sur le travail. Pour autant il s'agit pour nous de sources de questionnement, plus que de conditions à respecter, puisque si les différentes approches sont globalement concourantes sur leurs objectifs, elles peuvent également diverger sur les façons d'y parvenir.

2.1.1. Une intervention nécessairement « sur mesure »

Le premier élément que nous choisissons d'aborder se distingue des autres, en ce qu'il nous semble être la brique élémentaire de tout dispositif de discussion sur le travail. Toutes les lignes de force dont nous traiterons par la suite seront à envisager à la lumière de cette condition sine qua none. Il s'agit de la nécessité de construire l'intervention « sur mesure » (Domette & Michel, 2016).

Plusieurs auteurs soulignent la nécessaire prise en compte des spécificités de l'organisation visée par l'intervention, que ce soit en termes de taille d'entreprise, de structuration des services, d'interconnaissance des travailleurs, de nature des métiers, de l'interaction avec des usagers ou encore de la présence plus ou moins développée de dialogue social (Zittoun & Clot, 2020). De fait, s'il est possible de repérer des fondamentaux communs d'une intervention à une autre (Rocha, 2014), les détails du dispositif de discussion sont à construire en fonction des organisations, des acteurs et des enjeux locaux (Detchessahar, 2013). Domette (2019) identifie divers écueils liés à un défaut de sur-mesure. Premier exemple, se situer dans un contexte particulièrement mouvant (réorganisations, mouvements de personnels...) implique de concevoir un dispositif capable de s'adapter aux évolutions fréquentes, sans quoi il ne sera pas pérenne (Domette, 2019). En outre, si les modalités de la discussion ne sont pas déterminées par les besoins et contraintes des acteurs, on encourt le risque de contribuer à un « empilement de dispositifs » sans cohérence (Domette, 2019, p. 287), surchargeant les acteurs et nuisant là encore à la pérennisation de

la discussion. Dernier exemple, le déploiement d'un dispositif à grande échelle avec une discussion standardisée ne tenant pas compte de la diversité des besoins et contextes conduira sûrement vers la non-acceptation du dispositif (Domette, 2019).

Alors à quelle fréquence et dans quelle temporalité le dispositif de discussion doit-il s'intégrer dans l'organisation, pour être en cohérence avec les besoins de régulation supposés par l'activité, et les contraintes des acteurs (Detchessahar, 2013 ; Domette, 2019) ? Puisqu'il est tout à fait envisageable d'adapter l'existant (Detchessahar, 2013), quels sont les lieux de communication actuels, leur type de fonctionnement et leurs objets ? Quels outils utiliser (Detchessahar, 2013), quel degré de formalisation viser (Domette, 2019), comment le dispositif doit-il fonctionner ? Pour répondre à ces questions et tendre vers le sur-mesure, les interventions reposent notamment sur deux ressources complémentaires, le diagnostic et la co-construction (Domette, 2019).

L'étape de diagnostic permet de comprendre le contexte et les enjeux de la mise en place du dispositif (ANACT, 2015 ; Van Belleghem, 2016), de faire l'état des lieux des espaces de discussion existants (Conjard & Journoud, 2013) et ainsi de favoriser l'adaptation du dispositif (Domette & Michel, 2016). En effet, la discussion n'étant pas « une fin en soi » (Domette, 2019, p. 288), il est important de bien cibler la problématique à laquelle elle est censée répondre et ainsi d'éviter un dispositif à la finalité contestable (Domette, 2019). De plus, c'est la connaissance fine du fonctionnement de l'organisation qui permettra que le dispositif s'intègre au quotidien des acteurs (Carta, 2018) et puisse se pérenniser (Casse & Caroly, 2017).

Outre le diagnostic, la co-conception du dispositif de discussion ressort comme un élément indispensable à sa pertinence. D'une part, elle permet d'assurer que l'intervention réponde au mieux aux besoins des acteurs (Domette, 2019), d'autre part, elle favorise l'ancrage du dispositif, son appropriation par les acteurs et l'organisation (Carta, 2018 ; Casse & Caroly, 2017 ; Rocha, 2014). Pour Rocha (2014), c'est bien cette co-construction locale qui offre un maximum de chance de parvenir à un dispositif qui ne bouscule pas trop l'organisation ni ne crée de surcharge de travail. Il mentionne notamment la nécessaire recherche d'adéquation entre les propositions des chercheurs et les perceptions des acteurs de l'entreprise (Rocha, 2014).

Le fort consensus, si ce n'est l'insistance sur ce premier point, souligne pour nous l'attention à porter à cet objet complexe à mettre en œuvre qu'est la discussion sur le travail (Conjard & Journoud, 2013). Il n'y a donc pas de dispositif « clé en main » (Domette & Michel, 2016, p. 8) de discussion sur le travail, et la conscience de cette réalité doit guider l'intervention visant leur installation. Il conviendra également de garder cela en tête à la lecture des points suivants qui, bien que tous primordiaux, restent à déterminer par les spécificités du contexte d'intervention.

2.1.2. Organiser la subsidiarité

La subsidiarité implique, dans une structure hiérarchisée, que les niveaux détenant le plus de pouvoir se tiennent disponibles pour soutenir les niveaux qui en ont moins, tout en leur laissant un maximum d'autonomie (Detchessahar, 2013). Viser la subsidiarité, c'est inverser la délégation, de telle sorte que les niveaux opérationnels en appellent à la hiérarchie, à l'autorité, uniquement lorsqu'ils ne sont pas en capacité de gérer (Detchessahar et al., 2015). Elle est nécessaire pour que les « insuffisances ou incohérences des règles » repérées et débattues au niveau opérationnel puissent être également traitées au niveau de l'encadrement (Casse & Caroly, 2017, p. 278). Elle peut être organisée de diverses manières et reposer sur des temps existants (Domette, 2019) comme sur la création d'instances et de postes spécifiques au dispositif mis en place, à son soutien et à son évolution (Bonfond, 2016 ; Merceron, 2016 ; Zittoun & Clot, 2020). La subsidiarité doit aussi participer à éviter la création de prescriptions déconnectées du terrain et elle soutient l'indispensable l'articulation des espaces de discussion (Detchessahar, 2013)

La subsidiarité suppose en effet l'essentielle mise en place d'une « architecture cohérente d'espaces de discussion interconnectés » (Richard, 2012, p. 453). Les EDD doivent être, d'une manière ou d'une autre, en lien avec des instances décisionnelles pour assurer qu'ils soient, de paire avec leurs propositions, acceptés, attendus et reconnus (Van Belleghem, 2016). Sans quoi, les EDD dépourvus d'une présence décisionnaire encourent le risque de voir leurs propositions rester lettres mortes (Detchessahar, 2013 ; Domette, 2019). D'autre part, l'articulation des espaces doit permettre la « circulation des produits de la discussion » (Detchessahar et al., 2015, p. 75) de façon à ce que les orientations stratégiques (Conjard & Journoud, 2013) tiennent compte des réalités opérationnelles et préservent « le

sens du travail et le pouvoir d'agir » (Detchessahar, 2013, p. 76). Enfin, il est important d'assurer la formalisation et la transmission des issues de la discussion à l'ensemble des acteurs qu'elles concernent (Pihel et al., 2009).

Cette description postule que les EDD, s'il est évident qu'ils doivent mobiliser les opérateurs, peuvent également être dédiés aux autres niveaux hiérarchiques (Detchessahar, 2013). Plus encore, les EDD de niveau stratégique sont un préalable à ceux du niveau opérationnel (Detchessahar et al., 2015). Conjard et Journoud (2013) distinguent ainsi les « conversations » opérationnelle et stratégique. La conversation opérationnelle est animée par l'encadrement de proximité, le débat y porte sur l'activité du quotidien et l'application des choix stratégiques. Elle permet de repérer les ressources et contraintes perçues, et de réguler une partie des tensions. La conversation stratégique quant à elle, rassemble les membres de l'encadrement supérieur et vise à répondre aux problématiques ressorties de la discussion opérationnelle, ainsi qu'à proposer des objectifs stratégiques. Elle permet un débat entre l'encadrement et sa hiérarchie, portant sur les écarts prescrits réels, les objectifs stratégiques et leurs conséquences sur l'organisation. L'installation de la conversation stratégique avant le déploiement permet de s'assurer qu'elle est fonctionnelle (Conjard & Journoud, 2013). Elle familiarisera également les cadres avec les principes de la discussion, afin qu'ils soient préparés à l'animation des EDD opérationnels (Detchessahar et al., 2015). Par ailleurs, il peut être pertinent de réfléchir à des accompagnateurs du projet qui doivent pouvoir, en interne, « naviguer dans les strates hiérarchiques » et permettre une forme de liaison tout le long de la ligne managériale (Domette, 2019, p. 289).

Outre ces accompagnateurs, les auteurs mentionnent souvent un autre vecteur de cohérence, à savoir la mise en place d'un ou plusieurs comités de pilotage ou de suivi (COFIL). Nous ne sommes pas parvenus à construire une définition satisfaisante et généralisable de ces instances. D'une part leurs fonctionnements, fréquences et compositions varient d'une étude à l'autre et le degré de précision de la description de leurs caractéristiques fluctue largement. Voici ce que nous pouvons en dire. Pour Bonnefond (2016), ils constituent une « force de rappel contre la passivité organisationnelle » (p. 195). Ils évaluent et soutiennent la mise en place du dispositif (Bonnefond, 2016), rassemblant tous types d'acteurs (Detchessahar et al., 2015), et peuvent notamment servir à garantir le lien avec les représentants syndicaux (Zittoun & Clot, 2020). Ce dernier élément renvoie à un

autre point important, l'articulation entre les dispositifs de discussion et le dialogue social (Detchessahar, 2013), avec par exemple la nécessité de penser la connexion entre les EDD et les autres espaces tels que le CSE aujourd'hui (ANACT, 2015).

2.1.3. Transformer l'organisation

Les dispositifs de discussion sur le travail, pour bien fonctionner, nécessitent généralement une transformation de l'organisation, en ce qu'ils impliquent souvent une évolution des processus décisionnels (Domette, 2019). Il faut alors changer la façon dont est exercée l'autorité, de passer d'un fonctionnement par « monologue » où le management donne des directives, à une organisation dialogique où les acteurs débattent et construisent ensemble (Detchessahar et al., 2015, p. 80). Il s'agit là de tendre vers « un fonctionnement collégial » où les décisions sont issues de la discussion, entre personnes qui se reconnaissent mutuellement comme légitimes (Detchessahar, 2015, p. 81). En effet, les EDD reposent a priori a minima sur de la négociation, les opérateurs ayant une influence potentielle sur les décisions, mais se situent idéalement du côté de la co-conception, donc de ladite collégialité (Domette, 2019). L'atteinte de ce type de fonctionnement nécessite parfois d'impulser un réel changement dans les modalités de la décision et de la participation au sein des organisations (Domette, 2019). Ces transformations doivent parfois s'accompagner de modifications des représentations de la hiérarchie sur son propre rôle (Massot & Simonet, 2017), entraînant leur lot de résistances (Detchessahar et al., 2015). De fait, il s'agira pour certains de passer d'une activité de contrôle de « l'application de la prescription » à une activité de reconstruction partagée de la prescription (Massot & Simonet, 2017, p. 18). C'est une évolution coûteuse, en ce qu'elle amène une large part d'incertitude supplémentaire, et peut insécuriser les décisionnaires appréhendant l'émergence de contestation, la perte de contrôle (Detchessahar et al., 2015 ; Massot & Simonet, 2017). Cette décentralisation du pouvoir d'organisation représente un changement de posture potentiellement conséquent (Detchessahar et al., 2015 ; Massot & Simonet, 2017), surtout connaissant la mauvaise presse de la discussion, de la réflexivité, activités qui ne sont pas « immédiatement productives » (Mollo et Nascimento, 2014, p. 225, notre trad.).

D'autre part, il ne convient pas seulement d'augmenter quantitativement la communication, mais bel et bien d'en changer la nature, de dépasser l'échange

d'informations et d'injonctions pour chercher, encore une fois, la collégialité (Detchessahar, 2003). Pour ce faire, la discussion doit être inscrite dans le « management ordinaire de l'organisation », intégrée à son fonctionnement habituel (Detchessahar, 2013, p. 59). Pour Detchessahar (2003), cette altération des organisations, donc du travail, doit s'associer à des évolutions dans la relation d'emploi, notamment à travers un dialogue social renouvelé, renforcé. Cela semble tout à fait cohérent avec la fin du point précédent soulignant la nécessaire intégration des partenaires sociaux à la subsidiarité.

Aussi, l'inscription de la discussion au quotidien des organisations suppose que les acteurs aient les moyens de la mettre en place. Il est donc beaucoup question de dégager aux acteurs les ressources nécessaires à cette installation, et plus particulièrement au management (Domette, 2019 ; Pihel et al., 2009 ; Rocha, 2014). En effet, pour pouvoir accueillir des dispositifs de discussion, de bonnes conditions managériales sont indispensables (Detchessahar et al., 2015). Cela signifie deux choses, résumées ainsi par Detchessahar (2013) : « un management désempêché disposant de marges de manœuvres locales » (p. 72). Premièrement, le management doit voir ses activités libérées des tâches parasites ne répondant pas à sa mission fondamentale de régulation de l'activité des salariés (Detchessahar, 2013). En second lieu, pour que la discussion puisse jouer son rôle de réorganisation de l'activité, le management de proximité doit disposer d'un pouvoir décisionnel local suffisant (Conjard & Journoud, 2013 ; Detchessahar, 2013). Faute de quoi les éléments discutés ne pourront trouver de voies de concrétisation, menant inéluctablement à du découragement (Detchessahar, 2013). Un autre élément s'adjoint au désempêchement et à la délégation d'un pouvoir local, l'adaptation de « l'évaluation des managers » (Detchessahar, 2013, p. 72). Il doit y avoir une réflexion sur les indicateurs de qualité du processus managérial, de façon à éviter qu'ils ne deviennent un frein à la réalisation de l'activité associée (Conjard & Journoud, 2013 ; Detchessahar, 2013). Domette (2019) propose par exemple une évaluation basée sur la mise en place « d'une discussion régulière » (p. 282). Elle aurait pour avantage de soutenir le dispositif, mais pour inconvénient d'en faire une consigne descendante systématisée donc pas toujours pertinente.

Ensuite, au-delà du management, il est important de dégager des ressources à l'ensemble des acteurs concernés par la discussion, une « réelle participation » impliquant

« un réel investissement » (Coutarel, 2019, p. 3). Ils ne doivent pas pâtir de prendre part à la discussion, qu'il s'agisse de « pression » ou d'accumulation de retards (Coutarel, 2019, p. 3). Cette attribution de ressources peut prendre diverses formes. Dans l'étude de Merceron (2016), une équipe dédiée est constituée, notamment à partir de recrutements en interne. Dans celle de Bonnefond (2016), des opérateurs référents sont élus et disposent de temps spécifique à cette activité d'accompagnement de la discussion. De même pour Zittoun et Clot (2020), qui mettent en place des référentes-métier bénéficiant elles aussi de temps dédiés.

Nous voyons donc certains corollaires de la subsidiarité ressortir ici comme conditions de la santé des dispositifs de discussion.

Enfin, les auteurs appellent également à institutionnaliser les EDD, institutionnalisation complexe mais primordiale (Conjard & Journoud, 2013 ; Pihel et al., 2009), nous en traitons dans le point suivant, ou, pourquoi et comment inscrire la discussion dans le long terme.

2.1.4. Inscrire la discussion dans le long terme

La discussion, pour qu'elle puisse déployer tout son potentiel, doit s'inscrire dans un temps long. Discuter du travail n'est pas chose aisée, nous le verrons par la suite, « c'est pourquoi nous comprendre les uns les autres prend du temps » (Castejon, 2020, p. 75). Du temps, il en faut également pour que les acteurs puissent constater l'« engagement réciproque » qui les unit au management, aux décisionnaires (Pihel et al., 2009, p. 10). Recréer ou renforcer le lien social, l'apprentissage organisationnel de la confiance qui nous le verrons également s'avère indispensable, tous ces éléments nécessitent du temps (Richard, 2012). Il faudrait donc viser un dispositif « autonome et pérenne » (Casse & Caroly, 2017, p. 277).

Ce temps ne peut exister que si les décisionnaires sont réellement impliqués (Conjard & Journoud, 2013), si le dispositif découle d'une volonté politique effective (Richard, 2012). L'engagement et le soutien des décisionnaires est en effet indispensable puisqu'il est le garant du respect des conditions listées précédemment. Eux-seuls peuvent dégager les ressources, adapter les périmètres et marges de manœuvre (Mollo & Nascimento, 2014 ; Rocha, 2014). Ils doivent également, accepter d'entendre les différents points de vue, accepter que les contradictions soient soulevées, que les défaillances soient mises à nu,

accepter donc de se remettre en question (Mollo & Nascimento, 2014 ; Rocha, 2014). Selon Carta (2018), il convient ainsi de « fonder stratégiquement et politiquement la démarche » (p. 256), d'amener l'engagement durable des décisionnaires dans le dispositif de transformation de l'organisation en expliquant en quoi il répond à ses enjeux.

D'autre part, la discussion ne peut bien évidemment durer que si ses participants sont impliqués (Casse & Caroly, 2017). Pour Merceron (2016), l'implication peut être favorisée par du travail intersession. Cela suppose que les acteurs aient les ressources non seulement pour soutenir la réalisation de la discussion mais aussi pour réaliser ce travail supplémentaire. En outre, être impliqué ne suffit pas nécessairement. À l'instar des décisionnaires, ils doivent être animés par la volonté d'opérer des changements et d'être impactés personnellement, dans leur activité propre (Massot & Simonet, 2017). Dans tous les cas, il semble essentiel de baser la participation sur le volontariat (Mollo & Nascimento, 2014 ; Zittoun & Clot, 2020).

Pour pouvoir durer, il est intéressant que le dispositif ait l'opportunité de s'appuyer sur des « catalyseurs », des acteurs convaincus de la pertinence de la démarche donc moteurs pour le projet (Rocha, 2014, p. 163). Ce « réseau d'acteurs » pourra se renouveler et garantir, ou du moins accroître la probabilité d'une continuité du dispositif une fois l'intervention initiale terminée (Carta, 2018, p. 258). Il est également important de bénéficier d'une certaine constance dans les participants présents, de constituer un groupe pérenne, y compris au niveau de l'animateur de l'EDD (Detchessahar, 2013 ; Mollo & Nascimento, 2014 ; Rocha, 2014). Aussi, formaliser les issues de la discussion et les transmettre aux concernés s'avère crucial (Pihel et al., 2009), En effet, les participants doivent percevoir l'utilité des échanges (Conjard & Journoud, 2013), et l'ensemble des acteurs en voir les effets, sans quoi la discussion ne pourra être généralisée (Merceron, 2016).

Enfin, s'il est clair que les EDD doivent s'inscrire dans le long terme, qu'en est-il de leur fréquence ? De la littérature scientifique ressort la nécessité de rencontres régulières (Mollo & Nascimento, 2014) et suffisamment fréquentes (Pihel et al., 2009), mais dans tous les cas adaptées à la temporalité de l'activité (Detchessahar, 2013). Il semble par ailleurs tout à fait envisageable de moduler la fréquence de la discussion au fil du temps et des enseignements tirés à propos du dispositif (Merceron, 2016).

2.1.5. Implication de l'intervenant

Il est souvent question du rôle qu'occupe l'intervenant, le tiers, extérieur à l'organisation, qui a pour mission d'accompagner ou au moins d'initier la mise en place du dispositif de discussion. Ce type de dispositif nécessite un travail en amont, notamment un travail d'analyse, puis un accompagnement à la pérennisation, à travers par exemple la construction d'outils (Casse & Caroly, 2017). Ce tiers ressort comme crucial, si ce n'est indispensable, à l'organisation et la mise en place pérenne de la discussion et du processus d'analyse associé (Van Belleghem, 2016). Formé aux « Facteurs Humains et Organisationnels » il met en évidence de travail, réalise le diagnostic, installe le débat, guide les réflexions. Au-delà des connaissances, il apporte une neutralité propice à la confiance (Briest Breda et al., 2017) et est en mesure de s'étonner de ce dont les acteurs ont pris l'habitude (Rocha, 2014).

Carta (2018) précise davantage les missions de l'intervenant en lui attribuant trois fonctions, pédagogique, opérationnelle et politique. En tant que pédagogue, il doit concevoir « l'ingénierie des apprentissages » favorable au développement de la « compétence autopoïétique » (Carta, 2018, p. 252). C'est-à-dire mettre en place des dispositifs d'apprentissage, des outils permettant aux acteurs de s'approprier la transformation de l'organisation et ainsi de tendre vers une capacité collective à « se créer, se réajuster et se développer de manière autonome » (Carta, 2018, p. 49). Son rôle opérationnel s'apparente à celui d'un « chef de projet de la transformation organisationnelle », en accompagnant la focalisation sur le travail réel, il s'assure du bon déroulement du projet et des espaces de débat dédiés à la co-construction du dispositif (Carta, 2018, p. 254). Enfin sa fonction politique implique de révéler le besoin de transformation, de légitimer l'approche ergonomique, négociant ainsi ses potentialités d'action dans l'accompagnement du processus. En outre, cela comprend d'impliquer les décideurs dans les espaces de débat transverse et de faire évoluer leurs représentations de façon à ce qu'ils reconnaissent pleinement l'importance de la prise en compte du travail réel pour la performance.

Il s'agit donc véritablement d'un « tiers médiateur » qui accompagne les changements, décrits précédemment, qui sont associés à la mise en place de ce type de dispositifs (Detchessahar et al., 2015, p. 75). Il doit être médiateur également entre la hiérarchie et le collectif, permettre l'appropriation des dynamiques de débat, sensibiliser à la

vision ergonomique, sans pour autant se placer en tant qu'expert pensant la santé pour l'opérateur (Domette, 2019 ; Zittoun & Clot, 2020).

À noter que si ce tiers joue un rôle essentiel, il ne faut pas oublier l'objectif qui est de parvenir à un dispositif réalisable en autonomie (Casse & Caroly, 2017). Viser l'absence d'intervenant extérieur « expert » aurait deux avantages, une intégration dans la durée, et une légitimité sociale du processus de discussion (Van Belleghem, 2016).

C'est pourquoi le rôle pédagogique décrit par Carta (2018) est mis en exergue dans la littérature scientifique, de par la nécessité de former les acteurs à l'analyse du travail, mais également à l'animation de la discussion (ANACT, 2015 ; Casse & Caroly, 2017 ; Rocha, 2014 ; Zittoun & Clot, 2020). Ce besoin s'applique tout particulièrement aux managers, afin qu'ils soient en mesure de gérer ce travail d'organisation (Conjard & Journoud, 2013), en comprennent pleinement l'intérêt et légitiment les solutions qui en sortent (Mollo & Nascimento, 2014).

2.1.6. Contenu de la discussion

De la singularité de dire le travail

Avant tout, il peut s'avérer bien complexe de dire le travail. Trois auteurs nous offrent des visions complémentaires de cette affirmation.

Davezies (2012) explique que la « physiologie du système nerveux » complique la démarche d'explicitation de sa propre activité. D'une part, la conscience que nous avons de la manière dont nous effectuons nos actions est limitée, il est difficile d'explicitement nos mouvements. Ensuite, lorsqu'une action est engagée, peu d'informations sensorielles qui y sont associées sont prises en compte et elles sont alors traitées de manière partiellement inconsciente. Enfin la prise de décision consciente d'engager un mouvement est postérieure à la préparation de ce dernier, et nous n'avons pas entièrement accès aux éléments nous ayant poussé à l'effectuer. En ce qui concerne la prise de décision, elle est orientée par un processus non conscient basé sur les « expériences émotionnelles antérieures » (p. 8). Il apparaît donc premièrement que le dire le travail est entravé par notre fonctionnement neurobiologique.

Castejon (2020) souligne, au-delà du dire le travail, la difficulté de « faire entendre une expérience de travail » (p. 71). Elle précise ne pas faire simplement référence à

l'indispensable écoute entre participants, mais à la nécessité de faire se rencontrer les subjectivités. Ce que nous disons fait référence à notre expérience subjective, et de la même manière, nous comprenons ce que nous entendons à partir de cette même subjectivité. Considérant qu'en « écoutant à partir de notre subjectivité, nous n'entendons jamais ce qui nous est dit » (p. 74), la compréhension mutuelle prend du temps, ce qui nous ramène au nécessaire temps long de la discussion.

Detchessahar (2003) relève quant à lui quatre types de « coûts » (p. 67) associés à la discussion. Les coûts cognitifs sont liés aux démarches de compréhension, de réflexivité, d'analyse, d'interprétation, de changements de ses représentations, autant de processus plus ou moins ardues selon les individus, et compliqués par le fait qu'ils prennent place publiquement, impliquant une « révélation de soi » (p. 76). Les coûts politiques s'apparentent à un « renoncement [...] d'un usage privé de l'information » (p. 76) car une fois mises en commun, certaines informations ne sont plus sources de pouvoir. Le coût de la responsabilisation accompagne la reconnaissance et l'accès à un pouvoir décisionnel, à un pouvoir d'agir. En effet, le gain en autonomie ne se fait qu'au prix d'un certain dévoilement des difficultés et surtout des erreurs passibles de potentielles sanctions. Enfin le coût social est celui de l'exposition de son vécu, de ses compromis et arrangements individuels qui se retrouvent alors soumis à la « critique et [au] contrôle » (p. 78). Cela va de pair avec une crainte de subir ou de faire subir une certaine violence, la menace du règlement de compte ou du conflit planant au-dessus des échanges.

La discussion n'est donc, par définition, pas chose aisée. De surcroît, elle doit répondre à une condition qui semble faire absolu consensus : se centrer sur le travail réel (Van Belleghem, 2016). Afin de permettre le développement de la réflexivité des salariés et la créativité associée, pour co-construire la prescription au plus près du travail et de ses dilemmes (Massot & Simonet, 2017), les échanges doivent porter sur des éléments concrets, pas sur des thématiques éloignées de la réalité du travail (Davezies, 2012). Pour éviter les questions « stratégiques ou d'environnement » (Pihel et al., 2009, p. 9), pour éviter de dévier, il faut centrer les débats sur le travail (Mollo & Nascimento, 2014). Si elle peut traiter de questions organisationnelles, la discussion ne doit pas trouver son origine dans des « situations hypothétiques » (Rocha, 2014, p. 164). Elle a plus précisément pour objectif de débattre et de soutenir la régulation des écarts entre prescrit et réel (Conjard & Journoud,

2013 ; Detchessahar, 2013). Par ailleurs, les EDD doivent viser des transformations effectives des situations analysées (Pihel et al., 2009 ; Van Belleghem, 2016), et aboutir à des modifications de l'organisation (Detchessahar et al., 2015), avoir un impact sur l'activité (Davezies, 2012), sans quoi ils s'essouffleront (Detchessahar et al., 2015). Domette (2019) propose d'orienter les débats vers des sujets « "simples" et "locaux" » (p. 280), qui ont pour avantage de faciliter le passage à l'action, donc des effets visibles, favorables à lutter contre le silence organisationnel. Ils ont cependant l'inconvénient d'être moins favorables à la libre expression, et représentent le risque de ne pas agir suffisamment « en amont ou en profondeur » (p. 280).

Outils de l'analyse du travail réel

Dans tous les cas, pour parvenir à des transformations, la discussion doit passer par une phase d'analyse (Van Belleghem, 2016) permettant de décortiquer la variabilité (Mollo & Nascimento, 2014) et par un « travail de réflexion » préalable à « l'action comme [à] la pensée » (Davezies, 2012, p. 11). Pour ce faire, elle peut être accompagnée dans sa progression, comme le fait Merceron (2016) en proposant une forme de guide en cinq étapes : démarrage de l'espace de débat, écoute, analyse et implication, décision, action. Van Belleghem (2016) avance quant à lui le rôle primordial de la convocation de l'activité pour répondre aux difficultés d'accéder au travail réel. Il s'agit d'accéder par diverses modalités (vidéos, photos, récits) (Rocha, 2014), à une part d'activité située temporellement, spatialement et contextuellement (Van Belleghem, 2016). Domette (2019) note la variété des méthodologies utilisables notamment appartenant au champ de l'ergonomie et de la psychologie (confrontation, simulation, entretien d'explicitation) pour atteindre ce réel du travail. À cette diversité peuvent s'ajouter des outils fabriqués sur mesure (Merceron, 2016) ou empruntés à d'autres disciplines (Karsenty, 2016).

Ces deux exemples soulèvent la question délicate du bon niveau d'outillage et de formalisation des EDD (Conjard & Journoud, 2013). D'une part, si l'on peut tout à fait imaginer que la discussion soit partiellement informelle, lancée ponctuellement selon les besoins, il sera souvent nécessaire de la formaliser suffisamment pour qu'elle ne soit pas engloutie dans le quotidien du management (Detchessahar, 2013). En outre, l'outillage doit être suffisant pour soutenir l'analyse de l'activité, mais ne pas entraver la spontanéité des

échanges auxquels les acteurs peuvent être habitués ou aspireraient (Domette, 2019). Dernier point concernant l'outillage, les outils de gestion peuvent être utilisés pour soutenir la discussion en objectivant une partie de l'activité, ils peuvent ainsi constituer le point de départ d'une analyse ou de questionnements (Detchessahar, 2013 ; Pihel et al., 2009). Bellini et collaborateurs (2018) opposent cependant que la littérature apporte trop peu d'éléments sur le rôle de ces outils de gestion supposés soutenir la discussion.

En résumé, la discussion doit porter sur le travail réel, soutenir les régulations inhérentes à l'activité et viser des transformations effectives de ses objets. Certains auteurs soulignent qu'elle peut être l'occasion d'un partage des émotions (Briest Breda et al., 2017), qu'elle peut être le lieu d'une expression désorganisée, peu argumentée, « basé[e] sur l'expression de divers mécontentements restés trop longtemps sous silence » (Merceron, 2016, p. 290). Il convient alors de permettre et d'accueillir cette première phase, avant de passer au travail plus précis d'analyse. En revanche, il faut prêter attention à ce que la discussion ne doit pas être, si l'on vise les objectifs décrits jusqu'alors. Premièrement, il ne doit pas s'agir d'un lieu de transmission descendante d'informations ou d'éléments prescriptifs (Massot & Simonet, 2017 ; Mollo & Nascimento, 2014 ; Van Belleghem & Forcioli Conti, 2015). Ensuite, elle ne pas être qu'une occasion d'expression du mal-être (Conjard & Journoud, 2013). Pour finir, il est impératif d'éviter l'écueil d'une « dynamique de "règlement de compte" », souvent favorisée par le manque de connaissance du travail et des contraintes des autres (Merceron, 2016, p. 290).

2.1.7. Les acteurs à réunir

Nous avons vu précédemment qu'il est important de mettre en place la discussion aux différents niveaux d'une organisation, stratégiques comme opérationnels, qu'elle ait lieu au sein d'espaces existants ou créés spécifiquement (Conjard & Journoud, 2013 ; Detchessahar et al., 2015). Mais quels acteurs y rassembler ? Que penser du fait de mélanger les niveaux hiérarchiques ou les métiers, dans les espaces centrés sur les opérationnels ? La littérature scientifique montre une certaine variété de positionnements.

Diverses configurations semblent envisageables dans la mesure où l'espace est co-construit, rassemble tous les concernés et est de taille restreinte (Mollo & Nascimento, 2014 ; Rocha et al., 2019). Il est alors possible d'imaginer la présence ou non, au sein

d'espaces dédiés aux opérationnels, de hiérarchie directe ou indirecte, de prestataires, de travailleurs hors équipe ciblée (Karsenty, 2016 ; Rocha, 2014). La discussion entre acteurs d'équipes ou de services différents est également une option, elle offre une certaine prise de recul sur les dysfonctionnements et permet d'aborder efficacement des problématiques transverses (Detchessahar et al., 2015 ; Domette, 2019).

Pour certains, il est essentiel de rassembler le triptyque décisionnaires, opérationnels, management, pour avoir tous les profils et compétences autour de la table (Domette & Michel, 2016). L'intégration nécessaire du management dans les espaces de débat centrés sur le travail réel des opérationnels apparaît comme assez répandue (Detchessahar, 2013 ; Merceron, 2016 ; Richard, 2012). Domette (2019) expose le caractère facilitant de la présence de décisionnaires, ou tout au moins de niveaux hiérarchiques proches de la direction, de façon à ce que les propositions issues de la discussion ne soient pas soumises à un décideur extérieur aux échanges.

Nous pourrions arguer du fait que si la subsidiarité est effectivement organisée et fonctionnelle, le seul prérequis sera d'avoir au sein du groupe au moins un acteur en lien avec le niveau décisionnaire du dessus. Cependant il est compréhensible que même en ayant instauré une subsidiarité, la présence en séance d'un décisionnaire soit un facteur favorable au passage à l'action. Pour Casse et Caroly (2017), il est important de viser des acteurs « expérimentés et pluri-métiers » (p. 278), mais surtout dans un panel suffisamment diversifié et fourni, pour pouvoir faire face à d'éventuels aléas ou changement organisationnels. Davezies (2012) attire de son côté l'attention sur l'intérêt de mettre en place dans un premier temps des espaces sans hiérarchie, pour que les salariés puissent élaborer librement, avant d'y impliquer d'éventuels membres de l'encadrement.

Sur ce point, la nécessité de construire sur-mesure ressort tout particulièrement au vu de la diversité de positionnements. Nous verrons qu'il en va de même concernant l'animation de la discussion, abordée ci-après.

2.1.8. L'animation de la discussion

Nous détaillerons ici le rôle des animateurs de la discussion, les différentes possibilités concernant l'identité de ces animateurs, et certaines conditions associées à ce rôle.

Le rôle des animateurs

Les animateurs ont pour rôles potentiels de lancer la discussion, de la faire progresser au moyen de relances et reformulations, mais aussi d'assurer la prise de note (Domette & Michel, 2016). Merceron (2016) souligne l'importance de la reformulation qui permet aux participants de « confirmer, d'infirmer ou de préciser leurs propos » (p. 294). Il peut aussi leur être nécessaire d'opérer une forme de « traduction », en proposant aux acteurs une représentation cohérente et accessible des « différentes règles, attentes et prescriptions de l'environnement interne et externe » (Richard, 2012, p. 448). Ils permettent ainsi aux participants de resituer le contexte des échanges (Richard, 2012). Ensuite, en tant que garants d'un cadre d'ouverture et de bienveillance (Briest Breda et al., 2017), ils régulent les échanges et les désaccords sur le travail, évitant la naissance ou l'accroissement de conflits (Detchessahar, 2013 ; Merceron, 2016).

L'identité des animateurs

Ceci étant posé, quel type d'acteur choisir pour occuper ce rôle d'animation ? Excluant le tiers extérieur qui participe à l'instauration du dispositif de discussion, il semble y avoir consensus relativement à la souhaitable « commune professionnalité » unissant l'animateur à son groupe (Pihel et al., 2009, p. 9). Connaissant l'activité, il garantirait ainsi à la fois sa « légitimité » et « la qualité des délibérations » (Pihel et al., 2009, p. 9). Aussi une partie conséquente des études sur lesquelles nous nous sommes basés, fondent l'animation des EDD sur le management (Casse & Caroly, 2017 ; Conjard & Journoud, 2013 ; Detchessahar, 2013 ; Domette, 2019 ; Merceron, 2016). En effet, l'encadrement ressort souvent comme un pivot essentiel de la subsidiarité, mais aussi comme la position organisationnelle à laquelle il incombe d'accompagner la régulation du travail quotidien. En revanche, les travaux d'autres auteurs incitent à considérer d'autres alternatives. Zittoun et Clot (2020) par exemple mettent en place des référentes-métier qui animent les débats au quotidien avant d'assurer le dialogue avec la hiérarchie. Ils avancent l'intérêt d'un débat au sein du collectif de travail, qui soit ensuite relié aux décisionnaires, s'écartant ainsi de l'animation par le management qui semble majoritairement mise en avant. Davezies (2012) propose quant à lui que ce soit un délégué du personnel qui anime les échanges. Enfin,

Domette et Michel (2016) suggèrent une animation en binôme, pour faciliter la réalisation des multiples rôles appartenant à l'animateur.

Le cadre à instaurer

L'animation est susceptible de déterminer ou de favoriser certaines conditions du bon déroulement des échanges, donc d'une régulation effective et pérenne. Tout d'abord, la confiance entre les participants s'impose comme un élément indispensable (Conjard & Journoud, 2013). La stabilité de l'animateur et l'inscription de la discussion dans le long terme, abordés précédemment en tant que prérequis à l'institutionnalisation de la discussion, se retrouvent ici comme facteurs favorables à la construction de la confiance (Detchessahar, 2013 ; Pihel et al., 2009). De fait, la confiance dans les intentions et les compétences des autres acteurs, mais aussi dans le système et les décisionnaires, s'avère nécessaire à une « coopération réelle » (Richard, 2012, p. 146). En outre, la confiance étant construite au fil des rencontres et échanges au sein de l'espace de débat, elle est à la fois « un préalable et un résultat » de la discussion (Rocha, 2014, p. 167).

D'autre part, la mise en place et le respect de règles de fonctionnement limpides relève au moins partiellement des missions de l'animation (Conjard & Journoud, 2013 ; Domette, 2019). Il est notamment important de favoriser des relations symétriques et une définition claire des rôles au sein du groupe (Mollo & Nascimento, 2014). Ces règles peuvent prendre diverses formes mais semblent nécessaires pour tendre vers un développement de la confiance et ultimement parvenir à une libération de la parole des participants (Merceron, 2016 ; Detchessahar, 2013). Nous prendrons pour exemple les droits et devoirs, mentionnés par Detchessahar (2013) et décrits plus en détail par Rocha (2014, p. 166), qui sont au nombre de quatre, « droit à la prise de parole », « droit à l'erreur », « devoir d'écoute » et « devoir de communiquer localement sur le traitement ». Le droit à la prise de parole donne la possibilité de s'exprimer et de confronter les perceptions et représentations, ce qui permet le débat et la co-construction de solutions. Le droit à l'erreur représente l'opportunité d'échanger sans risque de sanction ou de jugement sur des faits pour lesquels on pourrait dans l'absolu être mis en cause. En effet, c'est uniquement en rendant visibles ces pratiques qu'elles pourront être comprises, débattues et évitées par la suite. Le devoir d'écoute impose à l'animateur une posture d'écoute orientée vers la compréhension de ce qui est exprimé par

les participants et de leurs raisonnements. Il pourrait être intéressant que ce devoir d'écoute soit partagé par tous les acteurs présents, toutefois, il nous semble en effet impératif pour l'animateur. Le devoir de communiquer sur le traitement implique pour l'animateur de faire des retours réguliers sur l'avancement des solutions décidées en groupe, même si elles ne sont pas encore mises en place, de façon à ce que les salariés aient connaissance du processus de réalisation des actions.

Dans cette première partie, nous avons tenté d'extraire les axes principaux de questionnements et points de vigilance structurant la mise en place des dispositifs de discussion. Nous avons souligné en premier lieu la primauté du « sur-mesure », meilleur gage de justesse pour ces dispositifs bien particuliers. Nous avons ensuite exposé la part belle accordée par les auteurs à la subsidiarité, et les potentielles transformations qu'elle implique pour les acteurs et leur organisation. Par la suite, nous avons vu l'importance de l'inscription dans le long terme, sans aucun doute liée aux enjeux entourant l'implication d'intervenants extérieurs lors de l'initiation des transformations. Enfin, nous sommes entré dans le vif du sujet en décrivant certaines pierres angulaires fondant la discussion sur le travail, puis les modalités de composition et d'animation des groupes occupant ces espaces singuliers.

2.2. Les effets des dispositifs de discussion sur le travail

Lectrice, lecteur, nous avons exposé notre compréhension des méridiens structurant les dispositifs de discussion. Mais que peut-on attendre de ces espaces de débat ? Quels effets sont-ils susceptibles de produire ? Nous tâcherons ici de répondre à ces questions. Au préalable, il nous faut préciser que toutes les études n'aboutissent pas à l'intégralité des résultats que nous évoquerons dans cette partie. Nous proposons ici un panorama des effets atteignables, ambitionnant de les présenter sans céder à la tentation d'un « inventaire à la Prévert ».

2.2.1. Identification de problèmes et mise en place de solutions concrètes

La discussion permet d'identifier ou d'explicitier un certain nombre de problèmes, y compris lorsqu'ils sont « connus mais tus » (Merceron, 2016, p. 273 ; Richard, 2012). Merceron (2016) relève ainsi un enrichissement du diagnostic, qui va de pair avec l'approfondissement de la compréhension du fonctionnement de l'organisation. Cela s'accompagne d'une prise de conscience pour certains décideurs ou membres de l'encadrement, de réalités et contraintes de terrains, de situations problématiques, de la façon dont les salariés vivent ces situations (Lochard, 2012 ; Rocha et al., 2017). Les difficultés de l'encadrement peuvent également être mises en exergue (Lochard, 2012). Grâce aux comptes rendus, fidèles aux discours prenant place dans les EDD, les directions ont accès à des témoignages, des récits du réel au ton parfois virulent qui néanmoins « factuelisent le problème » et peuvent occuper une fonction d'« objectivation » de la souffrance (Lochard, 2012, p. 196). La discussion dans ces cas-là peut venir appuyer les discours des syndicats s'ils ne sont pas crédités par les décideurs (Lochard, 2012). Les acteurs les plus éloignés des réalités de travail font alors la découverte « surprenante » des tensions entre prescrit et réel, des dilemmes de l'activité et autres injonctions contradictoires (Massot & Simonet, 2017, p. 17 ; Merceron, 2016). Les tensions que cela peut engendrer entre les salariés sont rendues visibles, les acteurs parviennent au constat qu'il n'y a pas de

solution unique à chacun de ces écueils, mais de nombreuses spécificités locales et des manières de faire toutes « discutables » (Massot & Simonet, 2017, p. 17 ; Merceron, 2016).

Nombre de « préoccupations latentes, pas toujours partagées » sont donc explicitées puis traitées et résolues par la mise en place de solutions concrètes (Conjard & Journoud, 2013, p. 93 ; Merceron, 2016). En effet, les études de notre corpus soulignent pour la plupart la résolution de ces situations problèmes dévoilées, par la co-construction fructueuse de moult solutions technico-organisationnelles (Bonfond, 2016 ; Conjard & Journoud, 2013 ; Domette, 2019 ; Merceron, 2016 ; Richard, 2012 ; Rocha, 2014 ; Thomas, 2018 ; Van Belleghem & Forcioli Conti, 2015 ; Zittoun & Clot, 2020). Il nous faut noter une étude relevant les manques de certains EDD, notamment informels, en termes d'analyse et de compréhension des problèmes, qui ne sont donc pas toujours parvenus à résoudre les difficultés identifiées (Collard, 2019). L'élaboration partagée de solutions, de par ses implications, apparaît selon Thomas (2018) comme à la fois un objectif, un moyen et un résultat du développement du collectif de travail. Nous reviendrons subséquemment sur ce point.

2.2.2. Mutation de l'organisation par appropriation de la discussion

La mise en place d'un dispositif de discussion semble introduire une forme de cercle vertueux dans lequel les EDD, en impactant les représentations des acteurs et les régulations, façonnent une organisation plus propice encore à leur pérennisation.

Tout d'abord les acteurs s'approprient le dispositif. Ils apprennent les principes des EDD et les réutilisent dans d'autres réunions existantes (Conjard & Journoud, 2013). Les espaces de débat sont effectivement institutionnalisés, adaptés à la temporalité de l'activité et auto-alimentés (Detchessahar et al., 2015 ; Rocha, 2014). Le management peut appliquer le processus à sa propre activité pour l'adapter dans un contexte de changement et mieux accompagner ce-dernier (Bellini et al., 2018 ; Van Belleghem & Forcioli Conti, 2015). L'analyse du travail par le débat est intégrée et la modalité « discussion » devient un outil à part entière, mobilisable dans le cadre de temps informels ou de groupes de travail pour répondre à des besoins ponctuels (Conjard & Journoud, 2013 ; Detchessahar et al., 2015 ; Merceron, 2016 ; Van Belleghem & Forcioli Conti, 2015). L'organisation se base sur le débat sur le travail, donc la confrontation des points de vue, dans la subsidiarité (Rocha et al.,

2017). Il est ainsi possible de constater une prise de conscience de l'importance ou même du besoin de la discussion et de la régulation de l'activité qu'elle permet (Thomas, 2018 ; Van Belleghem & Forcioli Conti, 2015).

Ensuite, les pratiques managériales dans leur ensemble peuvent s'en trouver modifiées. De par les changements de représentations du management, passé de l'objectif de faire respecter le prescrit à celui de prendre en compte la réalité du terrain pour adapter l'organisation (Rocha, 2014). Également dans les postures, d'expert à maïeuticien, celui qui fait émerger plutôt que celui qui propose (ou impose), ils passent de directif à participatif (Domette, 2019 ; Rocha, 2014). Les auteurs observent également, au sein des collectifs de cadres, une plus grande écoute mutuelle et un traitement conjoint des difficultés (Bellini et al., 2018 ; Detchessahar et al., 2015).

Par ailleurs, le fonctionnement et la prise de décision se voient clarifiés (Bellini et al., 2018 ; Detchessahar et al., 2015), tandis que la subsidiarité gagne en précision et en efficacité (Casse & Caroly, 2017 ; Merceron, 2016 ; Rocha, 2014). Dernier point, la vision des syndicats est également susceptible d'évoluer, leurs discours de se préciser (Lochard, 2012). Lochard (2012) relève ainsi un changement dans la « hiérarchie des préoccupations » (p. 196) qu'ils défendent, les priorités passant notamment du pouvoir d'achat aux conflits de valeur.

2.2.3. Développement du travail collectif et des collectifs de travail

Caroly et Barcellini (2013) définissent l'activité collective comme « une articulation du travail collectif dans lequel les opérateurs/trices sont engagé(e)s et du collectif de travail auquel ils/elles appartiennent » (p. 1). Dans cette acception, le travail collectif représente la qualité de la coopération des opérateurs pour tendre vers la réalisation d'une tâche. Le collectif de travail renvoie quant à la lui construction basée sur l'élaboration, par le débat, de représentations et de règles partagées réunissant et protégeant un groupe d'opérateurs (Caroly & Barcellini, 2013). Nous détaillons dans cette partie en quoi la discussion participe à renforcer l'activité collective, par la facilitation du travail collectif et le développement du collectif de travail.

Les auteurs montrent que la discussion consolide les liens et favorise le dialogue entre les différents acteurs (Richard, 2012). C'est le cas entre les opérationnels et le management de proximité, les uns percevant plus nettement le soutien des autres

(Merceron, 2016 ; Rocha, 2014), ainsi qu'entre l'encadrement et les décideurs (Detchessahar et al., 2015 ; Zittoun & Clot, 2020). Au fil des échanges, la confiance se construit et la parole se libère (Merceron, 2016 ; Richard, 2012 ; Rocha, 2014 ; Thomas, 2018), les difficultés sont exprimées (Collard, 2019) et les connaissances partagées (Thomas, 2018).

En effet, l'apprentissage entre pairs est stimulé via le partage des expériences individuelles de travail, en particulier entre anciens et nouveaux salariés (Casse & Caroly, 2017 ; Rocha et al., 2017), ce qui amène également réflexivité et changements de pratiques (Richard, 2012 ; Rocha, 2014).

De plus, l'articulation entre les diverses parties prenantes est également améliorée, bénéficiant d'un approfondissement de la compréhension du processus conjoints qui les unit (Carta, 2018). En effet, de par la confrontation des visions et discours, les fonctionnements respectifs sont rendus visibles, les acteurs sortent d'une « ignorance réciproque » (Bellini et al., 2018, p. 13). Il devient possible d'« expliquer pourquoi on fait les choses » (Merceron, 2016, p. 285), prenant conscience de l'impact de son travail sur celui des autres (Thomas, 2018), mais aussi des contraintes qu'ils rencontrent par ailleurs (Zittoun & Clot, 2020). Les liens et l'interconnaissance, encore une fois, s'en trouvent renforcés (Casse & Caroly, 2017 ; Thomas, 2018), les ajustements mutuels favorisés (Richard, 2012), les acteurs se comprennent mieux (Domette, 2019) et travaillent donc mieux ensemble (Carta, 2018). La régulation des différences de vision de la culture organisationnelle, des valeurs et postures permet aussi d'« atténuer et nuancer les propos sans pour autant faire disparaître les tensions » (Bellini et al., 2018, p. 14).

En outre, les représentations et visions des situations étant exprimées et débattues (Casse & Caroly, 2017), les acteurs développent une vision commune (Richard, 2012), « un langage métier commun » (Carta, 2018, p. 248 ; Thomas, 2018), éléments indispensables au collectif de travail, et ouvrant la voie à la création de règles partagées. C'est effectivement ce que relèvent les auteurs, au fil des débats, les acteurs font converger leurs représentations et créent des règles communes, ciment du collectif (Casse & Caroly, 2017 ; Rocha, 2014 ; Thomas, 2018). Cela semble d'ailleurs dépasser le collectif d'opérateurs, pour tendre vers un collectif transverse liant des acteurs de tous niveaux hiérarchiques qui auparavant n'avaient pas d'expérience de travail partagée et qui maintenant discutent (Rocha, 2014). Le collectif transverse est défini par Arnoud et Falzon (2014) comme un collectif de travail composé

d'acteurs dont les activités sont différentes mais appartiennent au même processus. Thomas (2018) explique en quoi la co-construction de solutions est à la fois objectif, moyen et résultat du travail collectif transverse. Elle montre que cette élaboration suppose de fait une connaissance et une prise en compte des besoins respectifs, une recherche commune, puis une reconstruction des solutions proposées par les autres, avant de parvenir à des règles partagées. Tous ces points renvoient aux conditions définitives du collectif transverse proposées par Arnoud et Falzon (2014).

Pour terminer, les EDD contribuent à la reconnaissance entre pairs et à la construction d'une identité professionnelle commune (Richard, 2012), favorisant ainsi le sentiment d'appartenance (Bellini et al., 2018).

2.2.4. Développement de la santé et de la performance

Outre la résolution de problèmes et le développement du collectif de travail, les dispositifs de discussion apportent divers éléments propices à la construction de la santé au travail des acteurs. Nous proposons de les organiser ici en deux axes, certes artificiels et prosaïques, mais qui permettront d'éviter une accumulation désordonnée. D'abord nous verrons en quoi la discussion semble permettre de mieux faire face à l'adversité, puis nous soulignerons les potentialités d'action et de développement qu'elle offre aux participants.

Les EDD représentent un soutien face aux situations problématiques, en offrant la possibilité du débat, les acteurs ne sont pas seuls pour les affronter (Rocha, 2014). Des auteurs montrent que l'épuisement professionnel corrèle négativement avec l'association quantité/qualité des espaces de débat (Abord de Chatillon & Desmarais, 2017). En effet, les EDD ouvrent la voie au partage émotionnel (Collard, 2019), à l'expression, à l'accueil des affects et ressentis (Richard, 2012 ; Thomas, 2018). Ils permettent la prise de conscience que « l'autre, même s'il est différent, exerce le même métier que moi, qu'il vit dans des conditions de travail semblables et qu'il partage, au quotidien, les affres et les joies d'une activité professionnelle aux multiples dimensions » (Richard, 2012, p. 456). En outre, dans un contexte de travail de care impliquant la confrontation à la souffrance, Collard (2019) souligne l'intérêt d'EDD informels lors desquels « souffle parfois un vent de folie » libérateur (p. 29). D'autre part, il convient de préciser qu'il ne s'agit pas uniquement d'exprimer, mais aussi d'être entendu. Les auteurs relatent une amélioration de l'écoute et de la prise en

compte des acteurs, qui le perçoivent et le disent eux-mêmes, ils se sentent écoutés (Bonnefond, 2016 ; Conjard & Journoud, 2013 ; Merceron, 2016). Cette écoute est associée à un réconfort (Bellini et al., 2018), et au sentiment d'être valorisé, reconnu (Bonnefond, 2016 ; Merceron, 2016). En outre, le dispositif de discussion agit parfois comme un remède au silence organisationnel (Casse & Caroly, 2017 ; Lochard, 2012 ; Rocha, 2014).

Second axe, les dispositifs de discussion favorisent l'identification et la prise de conscience des capacités de penser, d'agir sur l'organisation du travail mais aussi des limites de cet agir (Merceron, 2016 ; Thomas, 2018). Se faisant, ils confèrent, renforcent, promeuvent le pouvoir d'agir des acteurs, leur pouvoir de transformation de l'organisation (Bonnefond, 2016 ; Richard, 2012 ; Rocha, 2014 ; Zittoun & Clot, 2020). Ils permettent par conséquent la réappropriation, voire la reconstruction de la prescription (Bellini et al., 2018 ; Carta, 2018 ; Massot & Simonet, 2017 ; Richard, 2012), ce qui n'est bien sûr pas sans lien avec le développement du collectif de travail précédemment abordé. Pareillement, le traitement des « dilemmes de métier » identifiés grâce à la discussion, devient collectif, donc moins pesant et ouvert à d'autres issues (Massot & Simonet, 2017, p. 15). De même, les injonctions contradictoires, conflits de but et tensions interpersonnelles s'en trouvent amoindris (Bellini et al., 2018 ; Rocha, 2014 ; Richard, 2012), ainsi que les appréhensions regardant les écarts à la norme (Bellini et al., 2018). La discussion sur le travail représente par ailleurs une opportunité de développer de nouvelles compétences (Bottazzi et al., 2015), dont un certain nombre sont listées par Richard (2012), parmi lesquelles « la suspension des jugements », « la capacité de réflexivité » ou « la gestion des émotions » (p. 451). Tous ces éléments témoignent que la discussion recèle un potentiel de développement d'« environnement[s] capacitant[s] » en tant que milieux favorables à l'élaboration de compétences, connaissances, et possibilités d'action (Rocha et al., 2017, p. 21). Pour finir, les EDD peuvent mener à des évolutions de la culture de sécurité, permettant un décalage vis-à-vis de stratégies de défense potentiellement bloquantes (Richard, 2012) et orientant la prévention des risques vers une co-construction collaborative (Karsenty, 2016 ; Massot & Simonet, 2017 ; Rocha, 2014).

Partant du principe que santé et performance sont liées (Brami et al., 2013 ; Ford et al., 2011 ; Gendron, 2010 ; Schaufeli & Taris, 2014), tous les points précédents sont donc probablement favorables à l'une comme à l'autre. Les auteurs relèvent néanmoins d'autres

bénéfices des EDD en termes de performance. Au fil des débats, les acteurs font montre de davantage d'initiative (Conjard & Journoud, 2013) et d'innovation (Richard, 2012 ; Rocha, 2014). Cette-dernière permet la réduction de certains coûts, directs quand liés aux matériel, indirects par rapport aux enjeux de santé et sécurité (L'allain et al., 2015 ; Rocha, 2014). La discussion favorise également la transmission d'information (Collard, 2019). D'autre part, elle permet de gagner du temps par la résolution rapide de problèmes mineurs (Merceron, 2016) et de mieux maîtriser les équipements utilisés (L'allain et al., 2015).

Cette seconde partie présente les effets positifs des dispositifs de discussion. Ils permettent d'abord de révéler et de résoudre des difficultés non exprimées et notamment des dilemmes de l'activité. Au fil des échanges, des débats, le travail collectif se voit renforcé, et les collectifs de travail (re)construits. En parallèle, diverses issues émergent, favorisant le développement de la santé au travail des acteurs ainsi que la performance des organisations.

2.3. Des limites aux dispositifs de discussion sur le travail ?

Nous avons pu constater les nombreux et variés apports des EDD, bien identifiés par les auteurs. Qu'en est-il de leurs limites ? Il s'est avéré plus ardu pour nous de répondre à cette question. En effet, il nous semble que seule une partie des travaux que nous avons étudiés rapportent précisément le détail de la mise en place des dispositifs ainsi que les limites et obstacles rencontrés. Nous avons par exemple eu des difficultés à déterminer sur combien de temps certaines interventions se déroulent ou encore si l'autonomie est envisagée, atteinte ou non.

Outre un potentiel déficit d'attention de notre part, cela n'est pas sans rappeler les travaux de plusieurs auteurs soulignant un besoin d'évaluer les processus sous-tendant les interventions organisationnelles, et pas uniquement leurs effets (Abildgaard et al., 2016 ; Albert et al., 2018 ; Goldenhar et al., 2001 ; Ipsen et al., 2015 ; Landry, 2008 ; Nielsen et Abildgaard, 2013 ; Nielsen et al., 2013 ; Nielsen et al., 2009 ; Nielsen & Miraglia, 2017 ; Nielsen & Randall, 2013 ; Randall et al., 2007 ; Rouat & Sarnin, 2018 ; van Berkel et al., 2013).

En tout état de cause, nous présenterons ici les difficultés remontées par les auteurs en suivant deux axes : des obstacles au respect de certains préalables identifiés comme lignes de forces, puis les limites (ou ce qui s'en approche le plus) des dispositifs observés.

Certaines interventions n'ont pas pu suivre une partie des lignes de forces présentées au début de ce chapitre comme enjeux essentiels à prendre en compte pour l'instauration de dispositifs de discussion. Parfois, l'engagement d'une partie des acteurs a fait défaut, qu'il s'agisse des décideurs (Rocha, 2014) ou de la ligne managériale (Domette, 2019). Il a pu se révéler particulièrement difficile de faire reconnaître aux décideurs l'intérêt de la discussion (Abord de Chatillon & Desmarais, 2017 ; Pihel et al., 2009), les craintes ou résistances de ces-derniers étant trop fortes, qu'il s'agisse d'une perte potentielle de pouvoir ou du risque d'émergence de conflits (Detchessahar et al., 2015 ; Domette, 2019 ; Zittoun & Clot, 2020). Domette (2019) expose un manque d'engagement partiel des managers causé par une diversité d'éléments : la perception que l'intervention n'est pas pertinente pour répondre aux difficultés, ou qu'elle arrive au mauvais moment ; la lassitude suite à des démarches précédentes sans effets ; des EDD perçus comme une charge de travail supplémentaire dans un « empilement de dispositifs » (p. 270). Zittoun et Clot (2020)

soulignent quant à eux la vigilance à accorder au respect du volontariat, autant concernant les agents que l'encadrement qui peut se sentir contraint. Dans d'autres cas, le management n'a pas pu être dégagé de son « accaparement » gestionnaire, ou ne s'est pas vu doté de suffisamment de marges de manœuvre ou de temps (Domette, 2019 ; Pihel et al., 2009, p. 8 ; Rocha, 2014). Confronté à la difficulté de parler du travail réel, ou à un défaut d'outillage (Domette, 2019), l'espace de débat a parfois dévié de son objectif, en devenant une occasion d'information descendante, et/ou en ne traitant pas du réel (Abord de Chatillon & Desmarais, 2017 ; Bellini et al., 2018). Le risque d'instrumentalisation ou de dévoiement du dispositif a pu également enrayer ou freiner les dispositifs (Abord de Chatillon & Desmarais, 2017 ; Domette, 2019). La structuration même de certaines organisations a pu représenter un frein, lorsqu'il était trop malaisé d'organiser le rassemblement des agents, que les équipes étaient trop petites, trop éloignées, ou encore que la subsidiarité faisait défaut et ne put être organisée (Domette, 2019 ; Richard, 2012 ; Thomas, 2018). D'autre part, les aléas organisationnels ont quelques fois entravé les dispositifs, des changements d'acteurs, une instabilité du management, ou des « périodes défavorables » (congrés, élections, grèves...) par exemple (Bonfond, 2016 ; Domette, 2019, p. 195 ; Rocha, 2014).

Ensuite, les interventions ont pu montrer quelques limites ou insuffisances, notamment la non-pérennisation de certains dispositifs de discussion, circonscrits à des débats organisés de manière ponctuelle, non institutionnalisée (Van Belleghem & Forcioli Conti, 2015). Bonfond (2016) souligne en effet à quel point il est ardu de faire évoluer les organisations, un « retour en arrière » (p. 183) étant vite arrivé. D'autre part, il est des rôles créés spécifiquement pour le dispositif de discussion qui représentent un certain poids susceptible d'« user » les personnes », de par la posture d'autorité qu'ils impliquent « aussi bien auprès de la hiérarchie que des collègues » (Zittoun & Clot, 2020, p. 69). En outre, Collard (2019) relève que la discussion sur le travail ne permet pas de tout résoudre, dans le sens où certains dysfonctionnements organisationnels peuvent perdurer, et où il est parfois nécessaire de renforcer la structuration des EDD. Mais la principale limite à ces dispositifs, nous semble-t-il, réside dans leur inadaptation à certaines situations de blocages ou de tensions. En effet, ils ne permettent pas « d'effacer les tensions et d'unifier les points de vue » (ANACT, 2015). Dans certains contextes, avec des tensions trop fortes entre acteurs ou un silence organisationnel trop solidement implanté, la discussion ne peut avoir lieu et ne

permet pas de « sortir du cercle vicieux de la violence » (Bellini et al., 2018 ; Domette, 2019 ; Richard, 2012, p. 462). La difficulté de sortir du « rapport individuel (qui fait bien versus qui ne fait pas bien) », ou d’instaurer une reconnaissance de l’expertise et des contraintes du terrain, est parfois telle que le dialogue reste bloqué (Abord de Chatillon & Desmarais, 2017, p. 19 ; Bellini et al., 2018). Richard (2012) avance alors la nécessité d’un travail préalable à la mise en place du dispositif de débat, un travail d’accompagnement, par un tiers, à la redéfinition de certaines règles de fonctionnement en collectif.

Nous achèverons cette partie avec une touche de contradiction, en évoquant un article paru récemment, écrit par Antunes Lima et collaborateurs (2021). Les auteurs y avancent en introduction que les espaces de débat sur le travail ne représenteraient qu’une preuve supplémentaire du délitement épistémologique de sciences de l’action telles que l’ergonomie ou la clinique de l’activité. Il semblerait selon eux que ces disciplines, en renonçant à une « formalisation rigoureuse de l’activité réelle » (p. 3) et en confiant l’analyse aux opérateurs eux-mêmes, entravent leur contribution experte à la résolution de problèmes complexes. Sans nécessairement souscrire à cette conception, nous la mentionnons néanmoins pour deux raisons. D’abord, il nous semble y avoir très peu d’éléments venant s’opposer scientifiquement à la tendance globale à l’adoption des dispositifs de discussion. Si cela peut tout à fait être le signe de leur pertinence, il nous semble intéressant de pouvoir bénéficier des apports de la contradiction, en tant qu’outil de la dialectique (Aubenque, 1969), et composant intrinsèque à la production scientifique (Jouary, 1997). Seconde motivation à évoquer ces travaux, ils soulèvent selon nous à leur manière la question du rôle de l’intervenant « expert » du travail. Cet enjeu de taille traverse diverses disciplines dont l’ergonomie (Albert et al., 2018 ; Béguin, 2004 ; Cottin & Valéry, 2018 ; Garrigou, 1992 ; Uguen et al., 2018), et plusieurs travaux sur les EDD y font référence, comme nous l’avons évoqué précédemment (Carta, 2018 ; Rocha, 2014 ; Van Belleghem & Forcioli Conti, 2015 ; Van Belleghem, 2016).

Tout au long de ce chapitre s’est esquissée une synthèse des dispositifs de discussion. Pour commencer nous nous sommes attaché à décrire les lignes de forces qui les traversent, les axes qui se dégagent selon nous comme essentiels à considérer lors d’une intervention visant l’instauration de la discussion sur le travail. Par la suite, leurs effets ont été relevés,

montrant des avantages en termes de santé et de performance organisationnelle. Enfin nous avons tenté de présenter les obstacles et limites de ces dispositifs. Nous pourrions proposer en conclusion que l'une des principales limites des EDD réside dans la complexité de leur mise en place... Mais la complexité n'est-elle pas le propre des interventions organisationnelles sur la santé au travail ? Quoi qu'il en soit, mis au service de l'intervention sur la santé au travail, les dispositifs de discussion apparaissent comme des outils aussi puissants que fondamentalement exigeants.

Chapitre 3. Problématisation et organisation de la recherche

3.1. Problématique et hypothèses

Les apports théoriques ont visé l'analyse de deux objets d'étude, d'un côté l'aide à domicile, de l'autre les dispositifs de discussion sur le travail.

« L'aide à domicile » renvoie à un secteur d'activité particulièrement mis à l'épreuve, pris dans un quadruple étau. Cet étau est constitué d'une structuration incohérente associée à un financement inadapté, héritages d'une histoire sociale et politique ; d'une demande croissante de plus en plus exigeante, liée au vieillissement et à la grabatisation de la population mais également à des mutations des modèles familiaux ; d'une sinistralité critique, matérialisée par un absentéisme conséquent, un taux d'accidents de travail préoccupant et nombre important de déclarations d'inaptitude ; de sévères difficultés de recrutement, en lien avec une faible qualité d'emploi et une image fortement dégradée. En outre, parler de « l'aide à domicile », c'est aussi faire référence à un métier dans lequel la santé physique et psychique des professionnelles est impactée par une grande diversité d'éléments, organisationnels et psychosociaux, avec une composante émotionnelle et relationnelle singulièrement marquée.

Les dispositifs de discussion sur le travail se trouvent quant à eux au centre d'une convergence d'intérêts issus de diverses disciplines. Ils requièrent une attention soutenue lors de leur conception, mise en place et pérennisation, car ils peuvent être mis en périls par de multiples facteurs. Ils semblent toutefois, une fois instaurés, pouvoir répondre à quantité d'enjeux relevant du développement de la santé des individus et des organisations, allant de l'identification et la résolution de problèmes, au renforcement du collectif de travail, en passant par l'amélioration de la performance.

Une première question de recherche émerge ainsi de la rencontre de ces deux objets d'étude, et prend la forme suivante : dans quelle mesure les dispositifs de discussion sur le travail peuvent-ils contribuer à la protection et au développement de la santé des aides à domicile ?

Pour rappel, nous abordons la santé au travail des AD sous l'angle théorique proposé par le modèle JD-R (Bakker & Demerouti, 2007 ; Demerouti et al., 2001 ; Schaufeli, 2017), dont nous proposons une adaptation dans le point 1.2.5.

Aussi, au vu des contraintes que connaissent les aides à domicile, des effets bénéfiques associés aux dispositifs de débat, et partant de la modélisation de la santé selon le modèle JD-R, nous proposons l'hypothèse suivante :

H1 : La mise en place d'un dispositif de discussion sur le travail permet, en accroissant les ressources professionnelles et diminuant les exigences professionnelles, de protéger et développer la santé au travail des AD, conduisant à une amélioration des résultats organisationnels.

Une seconde question, complémentaire, porte sur l'exploration des liens prédits par le modèle JD-R : dans quelle mesure retrouve-t-on, chez les aides à domicile, les liens entre antécédents (exigences et ressources), indicateurs (positifs et négatifs) de santé au travail, et résultats organisationnels ?

L'hypothèse associée étant :

H2 : Les exigences et ressources participent à déterminer la santé au travail, qui à son tour participe à prédire les résultats organisationnels.

3.2. Organisation générale de la recherche

Pour mettre nos hypothèses à l'épreuve, un dispositif de discussion a été mis en place au sein d'une fédération d'associations employeuses d'aides à domicile (Partie II) et évalué par une méthode mixte structurée en deux axes résumés ci-dessous (Partie III) :

- D'une part, une étude quantitative a porté sur la mesure des effets du dispositif sur l'évolution de la santé des salariées.
- D'autre part, une analyse qualitative a visé la compréhension et l'évaluation du dispositif, notamment à travers la perception qu'en ont eu les acteurs.

Axe 1 : Analyse quantitative de l'impact du dispositif et de la santé au travail des aides à domicile.

Un questionnaire évaluant diverses ressources et exigences, ainsi que les versants positifs et négatifs de la santé, a été composé à partir de plusieurs échelles de mesure. Une étude longitudinale et transversale a été mise en place sur 18 mois, en quatre temps de distribution, afin de suivre l'évolution de la santé de deux groupes de salariées, l'un bénéficiant de la mise en place d'un dispositif de discussion, l'autre fonctionnant comme à son habitude. Les évolutions de la santé dans les deux groupes ont été comparées, et les liens entre variables explorés.

Axe 2 : Analyse qualitative du dispositif et de la santé au travail des aides à domicile

À la différence de l'étude quantitative, planifiée en amont du commencement du projet, ce pan qualitatif a partiellement émergé et s'est enrichi au cours de la recherche-action. En effet, ce n'est qu'au bout d'une année et demie écoulée, que nous avons été sensibilisés aux limites des études quantitatives de type essais contrôlés (Abildgaard et al., 2016 ; Nielsen & Miraglia, 2017 ; Randall et al., 2007) et à l'intérêt d'évaluer les processus à l'œuvre dans une intervention en plus de ses résultats (Nielsen et al., 2009 ; Nielsen & Randall, 2013 ; Rouat & Sarnin, 2018 ; van Berkel et al., 2013). Suite à ces lectures, nous avons entrepris d'approfondir notre analyse du déroulement de l'intervention. Nous nous sommes donc attaché à explorer plus avant le vécu des participant(e)s, à interroger plus

précisément les contextes dans lesquels les dispositifs de discussion ont été mis en place, à suivre plus en détail les évolutions de certaines perceptions. Des focus group ont été réalisés et une analyse des issues des discussion a été mise en œuvre. Par ailleurs, cette partie s'intéresse également à un approfondissement de la compréhension de la santé au travail des aides à domicile dans l'organisation étudiée. Trois méthodes sont utilisés à cette fin : une question ouverte de l'enquête quantitative, une enquête complémentaire de moindre ampleur, l'étude du contenu des discussions.

Partie II – Conduite de projet terrain

Chapitre 4. Contexte de la recherche-intervention

La recherche-intervention s'est déroulée au sein du réseau ADMR d'Ille-et-Vilaine. Il s'agit d'un réseau d'associations employeuses d'aides à domicile réparties sur le département. Le réseau départemental fait partie lui-même de l'Union Nationale ADMR. Dans ce chapitre, nous présentons l'histoire du réseau, le fonctionnement des associations locales, de la fédération départementale et des principales instances, ainsi que les changements majeurs connus par le réseau et ayant pu impacter la recherche-intervention.

4.1. Bref historique de l'organisation cible

En Ille-et-Vilaine, les premières associations d'aide à la famille sont fondées en 1947. La logique sous-tendant leur création est la suivante :

Pour aider les familles d'un village, il faut qu'une jeune fille s'y consacre. Pour qu'une jeune fille s'y consacre, il faut qu'elle y trouve un vrai métier. Pour fournir un vrai travail, il faut bien connaître les besoins des gens, bien organiser l'aide, être proche de chacun. Pour que l'entraide se développe, il faut que chacun se sente responsable car il s'agit bien de faire pour et avec les familles. - Document interne

En 1950, une association départementale est créée avant de devenir fédération trois années plus tard. Jusqu'en 1960, un aumônier et le Mouvement Familial Rural émanant de la Jeunesse Agricole Chrétienne participent à la gestion de la fédération départementale. Par la suite, le réseau se laïcise et prend le nom d'ADMR. À partir de 1965, certaines associations du réseau commencent à employer des AD et à développer un service à destination des personnes âgées. Dans les années 1980, les associations élargissent leur activité aux champs du handicap et de la petite enfance. Ce n'est qu'à partir de 2003 que des salariées administratives, secrétaires et encadrantes, sont employées. La gestion des salariées des associations, jusqu'alors assurée par des bénévoles, se professionnalise ainsi progressivement durant les années 2000. En 2006, suite à la loi 2002-2, le réseau sollicite l'autorisation d'exercer en tant qu'établissement relevant de l'action sociale et médico-

sociale. Au début des années 2010 la fédération départementale se réorganise, elle met en place un pôle développement ainsi qu'un pôle territoire (décrits ci-après) et accentue l'implication des associations locales dans les processus décisionnels départementaux. En 2017, le réseau ADMR d'Ille-et-Vilaine est composé de 50 associations locales réparties sur tout le département, d'une fédération départementale, de 1200 bénévoles et de 2200 salariées.

4.2. Les associations locales

Nous décrivons ici le fonctionnement et la composition de la majorité des associations locales ADMR d'Ille-et-Vilaine, ainsi que les particularités de certaines d'entre elles de façon à illustrer la diversité du réseau, sans toutefois nous étendre sur l'ensemble de leurs spécificités.

Chaque association du réseau embauche 10 et 90 aides à domicile (toutes catégories confondues), qui sont réparties sur des secteurs géographiques d'intervention. La majorité des associations organisent deux types de réunions à destination des AD. Des réunions de service rassemblent deux à trois fois par an l'ensemble des salariées d'une association. Elles ont principalement pour objectif la transmission d'informations générales. Des réunions de secteur, ou d'îlot, rassemblent mensuellement ou bimensuellement les AD intervenant sur un même secteur géographique. Ces réunions ont principalement pour objet la transmission d'informations spécifiques aux situations suivies. Très ponctuellement (deux à cinq fois par an environ), certaines associations organisent également des réunions dites de coordination ou de situation, entre les quelques salariées qui interviennent chez une même PA dont l'accompagnement soulève des questions ou difficultés.

La majorité des associations du réseau sont présidées exclusivement par un conseil d'administration (CA) composé de bénévoles. Les bénévoles sont les employeurs des AD salariées de leur association, il s'agit donc d'organisations relevant du mode prestataire (par opposition à mandataire ou emploi direct). Ils gèrent les différents aspects de la vie associative, en collaboration et avec le soutien de personnels administratifs. Certaines associations bénéficient d'un responsable d'entité ou d'un directeur, qui « codirige » la structure aux côtés du CA.

Dans la plupart des associations, le personnel administratif est salarié de la fédération départementale et mis à disposition (MAD) d'une ou plusieurs associations. Certaines associations emploient elles-mêmes tout ou partie de leur personnel administratif. On distingue donc les personnels administratifs MAD, des personnels administratifs associatifs. L'équipe administrative est généralement composée d'une encadrante de proximité, et d'une à trois assistantes techniques de planification (ATP).

Les encadrantes (ou cadres) de proximité ont pour mission d'accompagner les présidents bénévoles sur leur fonction d'employeur. Elles encadrent également les aides à domicile de l'organisation et sont responsables de la gestion des ressources humaines. Elles représentent avec les ATP, aux côtés des bénévoles, l'interface officielle entre la structure et l'extérieur, qu'il s'agisse des usagers ou des autres acteurs du médico-social. Le réseau compte une trentaine d'encadrantes dont la majorité partage son temps entre plusieurs structures (deux à trois).

Les ATP construisent les plannings des AD et assistent l'encadrante dans la gestion administrative de l'association. D'autre part, elles aident certaines PA à constituer leurs dossiers et peuvent assurer des fonctions d'accueil. La dénomination ATP est récente, puisqu'elle date de 2017. Elle réunit des personnels anciennement appelés secrétaires ou secrétaires de direction, et a coïncidé avec une uniformisation de la catégorie d'emploi ainsi que de la fiche de poste de ces salariés. Certaines associations embauchent des responsables de secteur qui, en résumé, occupent les fonctions d'une ATP et d'une encadrante à la fois.

Le réseau comprend aussi une soixantaine de TISF, neuf structures dédiées à la petite enfance, cinq SSIAD, deux accueils de jour, ainsi qu'une structure d'accueil temporaire dédiée aux personnes en situation de handicap.

4.3. La fédération départementale

Nous décrivons ici la fédération telle qu'elle fonctionnait au début de la recherche-intervention. Elle a connu plusieurs changements d'organisation, notamment au niveau de la direction, qui n'ont pas ou peu impacté le projet.

4.3.1. Fonctionnement

La fédération départementale est également une association, dont le CA est composé de bénévoles exerçant dans les associations locales. Elle existe dans le but d'apporter du soutien et de favoriser le développement des associations locales. Son CA fonctionne en binôme avec un comité de direction (CODIR) comprenant un directeur, une directrice adjointe en charge des ressources humaines (RH) et un directeur financier. C'est notamment la directrice adjointe qui est à l'origine de ce projet de recherche-intervention.

Le CODIR est responsable de la gestion du personnel fédéral réparti en différents services, informatique, ressources humaines, secrétariat général, paye et facturation...

Quatre « services » nous intéressent particulièrement dans le cadre de ce projet : service de soutien et d'orientation (SSO), encadrantes polyvalentes, pôle développement, pôle territoire.

Le SSO a pour mission d'intervenir en renfort à la demande des associations, dans le cas d'accompagnements complexes nécessitant une expertise particulière dans le champ du handicap, des personnes âgées, ou impliquant une coordination avec divers acteurs du médico-social. Il est également susceptible d'être appelé lors des situations de crise vécue par les AD d'une association, par exemple lors d'un décès brutal impactant particulièrement les aides à domicile. Le service est composé de deux référentes à temps partiel et d'une psychologue présente un jour par semaine.

Les encadrantes polyvalentes, au nombre de deux au début du projet, ont également pour mission de soutenir les associations. Elles apportent plus spécifiquement une expertise technique aux personnels administratifs, ou un soutien à l'organisation des tâches administratives. Ponctuellement, elles sont responsables d'accompagner la mise en place de certaines projet au sein du réseau. Elles ont, par exemple, assisté les associations dans la mise en place ou l'amélioration de leur sectorisation. Cette opération consiste à découper la zone géographique d'intervention de l'association en plusieurs secteurs sur lesquels répartir

les AD. Cela optimise ainsi les déplacements, impactant l'association au niveau économique (moins de frais à rembourser), et au niveau humain (temps de trajets réduits pour les salariées).

Le pôle territoire (renommé « service vie associative » durant les changements de direction), réunit le directeur de la fédération et des cadres techniques de pays (CTP). Les CTP, au nombre de sept (un par pays), représentent la principale interface entre les services de la fédération et les associations. Ils assurent une transmission d'informations, accompagnent les associations dans leurs difficultés et projets, développent le réseau partenarial territorial et soutiennent la mise en place des orientations fédérales sur le terrain. Ils sont également les responsables hiérarchiques des personnels administratifs mis à disposition des associations de leur pays.

Le pôle développement (renommé « service développement ») est une instance non décisionnaire qui réunit le directeur de la fédération et des cadres techniques spécialisés (CTS) et le responsable qualité. Les CTS, au nombre de quatre, sont chacune responsable de la veille et du développement d'un champ d'activité : les personnes âgées, le handicap, la petite enfance, la santé. Elles sont amenées à monter des projets d'ampleur variable, en lien avec une ou plusieurs associations, ainsi qu'avec divers acteurs et partenaires locaux, départementaux ou régionaux. Le responsable qualité a pour mission d'accompagner les associations dans le suivi des procédures d'évaluations interne et externe, nécessaires pour pouvoir exercer en tant qu'établissement médico-social. Chaque CTS, ainsi que le responsable qualité, est chargé de l'animation d'une commission fédérale associée à son champ d'activité et composée de bénévoles issus des associations locales. Les commissions ont pour objectif de réfléchir à des problématiques et d'élaborer des projets afin de faire des propositions au CA fédéral.

Le binôme de direction, les cadres des services vie associative et développement sont réunis mensuellement à l'occasion de la « conférence des cadres ». Il s'agit principalement d'un temps dédié à une descente d'informations provenant du directeur. Cependant, elle peut également être l'occasion de présentations de projets entre cadres ou, très exceptionnellement, comprendre des temps de questionnement et de débat.

4.3.2. Des salariés administratifs en tension

Depuis 2009, la santé au travail des personnels fédéraux, et notamment des salariés administratifs tels que les encadrantes de proximité, a fait l'objet de plusieurs enquêtes. Le CHSCT de la fédération a produit un rapport en 2010, puis en 2014, à propos des risques psychosociaux rencontrés par ces personnels. Il en ressort que la satisfaction à venir travailler, l'autonomie et le sens au travail sont tout à fait satisfaisants, mais également que les moyens temporels sont insuffisants, et que beaucoup de salariés ressentent un stress au quotidien. Le CHSCT puis le CSE, entre 2016 et 2020, a soulevé à nouveau les problématiques de santé au travail des personnels MAD, une autre enquête a été menée. À notre connaissance, les différents rapports ont pu donner lieu à quelques actions (concernant des difficultés matérielles) et groupes de travail, mais pas à une prise en charge effective des enjeux de stress et de manque de temps, de plus en plus présents.

4.4. Les principales instances du réseau

4.4.1. L'assemblée générale départementale

Une fois par an, la fédération organise une assemblée générale (AG) à laquelle sont conviés les président(e)s et les salariées au CA des associations locales de l'ensemble du département. Ces AG ont pour but de présenter les résultats de l'année écoulée, et de soumettre au vote les orientations et projets pour l'année à venir.

4.4.2. Le conseil d'administration fédéral

La fédération départementale étant également une association, elle dispose d'un CA composé de bénévoles exerçant dans les associations locales. Ce CA fonctionne en articulation avec le CODIR qui lui apporte un soutien sur la définition des orientations stratégiques et la gestion du réseau conformément à ces orientations.

4.4.3. Les comités de pays

Le réseau départemental est géographiquement structuré en sept pays, dans lesquels se répartissent les associations locales. Au sein de chaque pays, les administrateurs des associations se réunissent ponctuellement en des instances appelées comités de pays. On compte six comités de pays, car l'un d'eux réunit les associations de deux pays. Y sont abordées différentes thématiques propres aux enjeux qu'ils rencontrent sur leur secteur mais également des sujets découlant d'orientations départementales, sur lesquels les administrateurs peuvent statuer. Ces espaces sont animés par les CTP.

La figure 4.1 résume la structuration du réseau départemental.

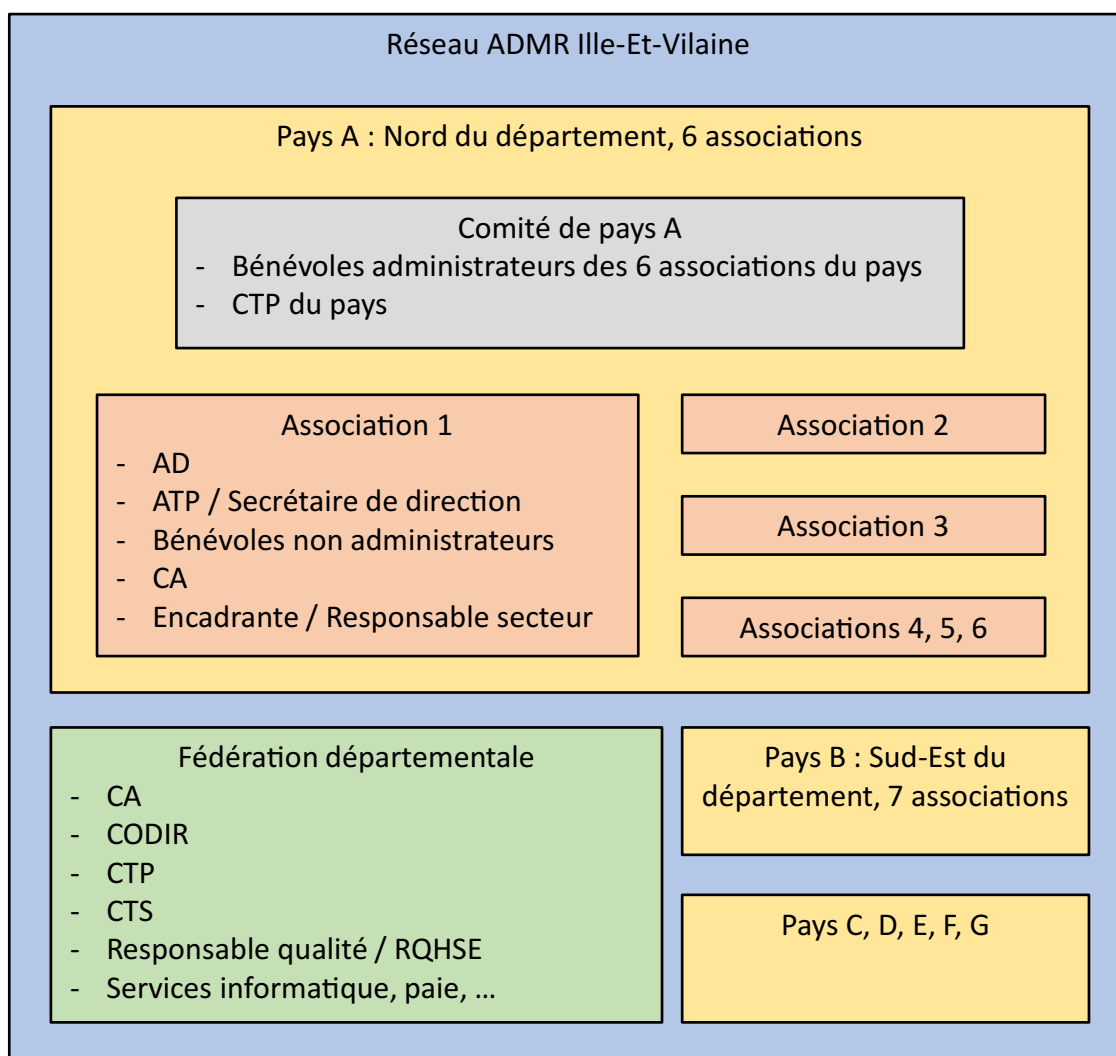


Figure 4.1 : Organigramme simplifié du réseau départemental

4.5. La prise en charge de la santé au travail au sein du réseau départemental

Pour la fédération ADMR d'Ille-et-Vilaine, les premières démarches relatives à la protection de la santé des aides à domicile datent de 2014, et ont été mises en place par la CARSAT. Il s'agissait des programmes TMS pros et PARADOM (Bussière & Bayer, 2016).

Suite aux projets menés par la CARSAT, la fédération met en place un comité de pilotage sur la prévention des risques et la santé au travail. Ce COPIL a pour objectif de suivre et de piloter les démarches de santé au travail au sein du réseau départemental. Il est composé de la présidente fédérale, du président de la commission RH fédérale, de la directrice adjointe fédérale, d'une salariée fédérale chargée de l'accompagnement des associations dans les démarches de prévention à la mise à jour du document unique de prévention des risques professionnels (DUERP), ainsi que des président(e)s, responsables d'entité et encadrantes ayant participé à TMS pros ou PARADOM.

En 2015, une enquête par questionnaires sur la santé au travail est mise en place dans le cadre d'un partenariat entre l'ADMR d'Ille-et-Vilaine et le laboratoire de psychologie de l'Université Rennes 2. Près de 1700 réponses sont recueillies et analysées. Cette enquête aboutit à des résultats contrastés. D'une part, certains scores sont assez inattendus au vu de la sinistralité et des difficultés décrites dans la littérature au sein de ce secteur. En effet, on relève notamment que la satisfaction quant aux conditions d'emploi est relativement bonne, et que les taux d'épuisement professionnels sont faibles. Néanmoins, de multiples sources de pénibilité sont identifiées, à la fois physiques, émotionnelles et organisationnelles, ce qui corrobore davantage les connaissances sur le milieu. Y figurent la pénibilité associées aux tâches ménagères, les fortes contraintes temporelles, la gestion émotionnelle de certaines situations, et le manque de possibilités de communiquer entre collègues. En outre, la fréquence perçue des changements de plannings s'avère corrélée à plusieurs éléments. Plus les changements sont perçus comme fréquents, plus l'épuisement, la pénibilité, les exigences du travail et l'isolement sont élevés ; tandis que la satisfaction au travail et le sentiment de reconnaissance sont plus faibles. Cette enquête a également permis, via une question ouverte, d'identifier les problématiques récurrentes.

Sous l'impulsion de la directrice adjointe de l'époque, et suite au partenariat avec le laboratoire de psychologie de Rennes 2, la fédération a lancé une offre de stage visant à intervenir pour protéger la santé au travail des AD. Entre mars et juin 2017 nous sommes donc intervenu au sein du réseau en tant que stagiaire, dans le prolongement de l'enquête de 2015 et dans le cadre de notre seconde année de Master 2 (M2) en psychologie du travail. Ce stage a eu pour objet la mise en place d'une intervention participative d'amélioration des conditions de travail dans quatre organisations ciblées. Il avait pour finalité la formalisation et le déploiement d'une démarche pouvant être réalisée en autonomie partielle par l'ensemble des associations du réseau.

L'intervention mise en place alors, construite en collaboration étroite avec la directrice adjointe et validée par le COPIL fédéral santé au travail, a constitué le point de départ du projet de thèse.

Chapitre 5. De la création à la pérennisation : Structuration de l'expérimentation d'un dispositif de discussion

Les objectifs de la recherche-intervention sont les suivants :

- Mettre en place un dispositif de discussion pérenne et généralisable, qui permette aux associations du réseau, en autonomie, d'améliorer continuellement la santé et les conditions de travail des AD.
- Mesurer les effets de ce dispositif et approfondir la compréhension de la santé au travail des AD.

Le dispositif de discussion construit au fil de la recherche-intervention a connu de nombreuses évolutions, tant en regard de ses soubassements théoriques que concernant des aspects très pragmatiques. Nous l'avons de fait considéré comme une expérimentation et l'avons présenté comme tel aux acteurs du réseau, dès le commencement.

Le déroulement de cette expérimentation est décrit au fil du chapitre en trois parties :

- L'organisation de la recherche-intervention, ses principes généraux et son lancement
- Les caractéristiques du dispositif de discussion
- La construction de la pérennisation du dispositif

Nous avons construit le dispositif en nous basant sur quatre sources : les enseignements empiriques du stage de M2 ; nos premières lectures scientifiques en ergonomie, clinique de l'activité et sciences de gestion, ainsi que sur les espaces de discussion ; les échanges avec divers acteurs internes au réseau, directrice adjointe fédérale, cadres et COPIIL fédéral santé au travail ; les échanges avec des acteurs externes, notamment des ingénieurs et ergonomes de la CARSAT Bretagne, ayant participé au projet PARADOM.

Pour ce qui est de décrire notre action dans le processus, nous nous désignerons comme « l'intervenant extérieur ». Cette dénomination n'est pas tout à fait exacte puisque

nous faisons partie de la fédération. Toutefois, nous étions bien extérieur aux associations, en tant que personnel fédéral.

Nous tâcherons dans ce chapitre de nous abstenir de toute auto-critique, de façon à offrir la présentation la plus neutre et limpide possible de ce dispositif. Lectrice, lecteur, vous et nous devons donc faire preuve de patience pour traverser ensemble ce chapitre dénué du sel de la remise en question et du piquant de l'objection. Nous irons quoi qu'il en soit à la recherche de ces saveurs durant la discussion (Partie IV).

5.1. Organisation de la recherche-intervention

5.1.1. Principes généraux

La recherche-intervention est structurée de façon transversale et longitudinale. Elle vise la comparaison d'un groupe test à un groupe témoin, à plusieurs reprises sur 18 mois. Son organisation temporelle initiale est résumée dans le tableau 5.1.

Le groupe test est composé d'associations dites « participatives » qui expérimentent les EDD en visant l'autonomie, tandis que le groupe contrôle comprend des associations « témoin » qui fonctionnent comme à leur habitude.

Concernant les associations participatives, le passage progressif à l'autonomie a été organisé comme suit :

- Pour les six premiers mois de la démarche, l'intervenant extérieur est présent systématiquement aux réunions santé au travail. Pendant les deux premiers mois, ces dernières sont bimensuelles, de façon à impulser une dynamique.
 - Pour la première problématique travaillée, l'intervenant extérieur gère l'animation, la prise de note et les comptes rendus (CR) de réunion. Cette période est estimée à trois à cinq rencontres, donc les deux à trois premiers mois.
 - Pour la seconde problématique travaillée, l'encadrante s'occupe de l'animation, l'intervenant est présent en soutien. La prise de note et les CR sont assurés soit par une personne ressource dans l'association, soit par l'intervenant extérieur. Il s'agit du passage à la « semi-autonomie ».
- Après les six premiers mois, donc pour la fin de la seconde problématique et les suivantes, l'intervenant extérieur n'est présent que ponctuellement en soutien, en fonction des besoins.

Quant à la comparaison entre les groupes test et contrôle, elle repose sur un questionnaire mesurant divers aspects de la santé au travail (cf point 6.1). Ce dernier est administré une première fois lors du lancement du projet sur le terrain, puis tous les six mois.

Le panel d'association est divisé en deux cohortes séparées de 6 mois, pour des raisons logistiques.

Tableau 5.1 : Organisation temporelle initiale de la recherche-intervention

	Lancement du projet	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois
1 ^{ère} cohorte	T1	T2	T3	T4	
	Semi-auto	Soutien ext	Soutien ext	Soutien ext	Soutien ext
2 ^{ème} cohorte		T1	T2	T3	T4
		Semi-auto	Soutien ext	Soutien ext	Soutien ext

Notes. T1 : Premier temps de mesure par questionnaire. Semi-auto : Semi-autonomie ; Soutien ext : Soutien ponctuel de l'intervenant extérieur

5.1.2. Initiation du projet

Cette partie présente le processus de « sélection » des associations prenant part au projet, les décrit succinctement et fait état du lancement du dispositif.

5.1.2.1. Constitution du panel d'associations

La constitution de la population de la recherche-intervention s'est déroulée en quatre étapes, la définition de critères de participation, une présélection informelle, la présentation en comité de pays, puis le positionnement des associations.

5.1.2.1.1. Définition des critères de participation

Dans un premier temps, de nombreux critères ont été envisagés, visant à la fois à cibler des contextes favorables à la mise en place des EDD, et à assurer l'appariement entre les associations participatives et témoins. Ils sont présentés dans le tableau 5.2.

Au vu de la grande hétérogénéité des caractéristiques des associations du réseau, l'appariement a été laissé de côté, et seuls quatre critères de sélection ont été retenus comme fondamentaux :

- L'engagement volontaire des décisionnaires
- Un binôme témoin/participatif dans chaque pays pour la première cohorte (soit 7 binômes)
- Un nombre d'AD supérieur à 30, pour un recueil de données statistiques suffisant

- Une encadrante au minimum à 50 % dans l'association, pour que la gestion de la démarche soit envisageable en autonomie

Tableau 5.2 : Catégories de critères de sélection et d'appariement initialement envisagés

Éléments de gestion des ressources humaines
Sinistralité ; turnover ; situation financière ; difficultés de recrutement ; taux et fréquence de formation des salariées ; nombre de salariées d'intervention ; caractéristiques sociodémographiques des salariées ; type et taux d'encadrement ; problèmes juridiques ; nombre et type de réunions régulières ; autres démarches de santé au travail passées, en cours ou prévues.
Caractéristiques de l'association
Nombre de bénévoles ; type de structuration ; ancienneté de la structure ; disposition des décisionnaires et de l'encadrement à l'égard de la santé au travail ; passifs de conflits internes.
Contexte et insertion territoriale
Zone géographique couverte ; nombre et taille des secteurs ; proportion de personnes accompagnées en situation de dépendance ; taux d'urbanisation/ruralité du territoire ; proximité et partenariat avec d'autres structures médico-sociales

5.1.2.1.2. Présélection des associations

Nous avons prévu initialement de présenter le projet et de faire un appel à volontaire dans les comités de pays. Les président(e)s d'association bénéficieraient ensuite de quelques semaines de réflexion et éventuellement de consultation de leurs équipes administratives.

Il a été vu avec la direction fédérale et les CTP qu'il valait mieux avoir, en amont, une idée des associations les plus à même de s'engager et de mener à bien la démarche. En effet, une certaine défiance peut exister à l'encontre des projets initiés par la fédération. Une forme de présélection a donc été effectuée, sur la base des critères fondamentaux, mais aussi en tentant de prendre en compte d'autres critères de sélection et d'appariement : nombre de bénévoles impliqués dans l'association, caractéristiques géographiques, réunions existantes, démarches de prévention déjà menées, positionnement des décisionnaires concernant les démarches de santé au travail.

Ainsi pour chaque pays, deux ou trois associations ont été présélectionnées entre octobre et novembre 2017, de façon à ce que les CTP puissent revenir vers elles en cas de manque de volontaires, une fois réalisée la présentation en comité de pays.

5.1.2.1.3. Présentation en comité de pays et positionnement des associations

Le projet, présenté dans les six comités de pays entre janvier et mars 2018, a été accueilli par diverses réactions allant du scepticisme à l'enthousiasme. Si le volontariat était privilégié, il a été précisé qu'en cas de défaut de volontaires, les associations les plus à même d'accueillir la démarche seraient fortement encouragées à se positionner.

Certaines associations se sont proposées directement pour intégrer le groupe témoin ou participatif. D'autres ont demandé des précisions après coup, pour ensuite se positionner. Pour certains pays, les CTP ont dû inciter ou négocier avec les décisionnaires, en l'absence de volontaires.

Six binômes témoin-participatif ont été identifiés pour intégrer la première cohorte. Pour le septième il a été convenu de commencer le projet six mois plus tard, dans la seconde cohorte. Concernant cette seconde cohorte, elle était censée contenir quatre binômes supplémentaires, mais un seul a été identifié. Un total de huit binômes témoin-participatif a donc rejoint le projet, soit 16 associations réparties sur tout le département.

5.1.2.2. Description des associations

Il est important de noter l'hétérogénéité des structures, tant au regard de leurs effectifs moyens (de 32 à 76 salariés) ou de leur taux de qualification (16 % à 45 % de salariées en catégorie C) que de leurs taux d'absentéisme (de 5,42 % à 17,89 %) et de turnover (de 7,24 % à 49,86 %) pour l'année 2017. Elles se distinguent également sur bien d'autres points (notamment les critères de sélection initialement considérés), tels que l'étendue du secteur couvert, le caractère urbain ou rural, ou encore le taux de dépendance parmi les PA accompagnées.

L'annexe 5.1 résume les principales caractéristiques organisationnelles des associations prenant part au projet.

Une 17ème association a participé à l'évolution du dispositif sans intégrer le panel de l'expérimentation. Elle était association pilote lors du stage de Master 2, et nous avons

continué à y intervenir durant le projet de recherche-intervention. Elle n'a donc pas été incluse dans la plupart des recueils de données présentés aux Chapitre 6 et 7. Nous la mentionnons car son encadrante a pris part à la transformation du dispositif au fil du temps, au même titre que les encadrantes des associations participatives. En outre, nous la prenons également en compte pour la description du dispositif (cf point 5.2).

5.1.2.3. Lancement du dispositif de discussion

5.1.2.3.1. Présentation aux décisionnaires et aux encadrantes

Une fois les associations sélectionnées, le projet a été présenté aux CA, ou en réunion de bureau (CA restreint et encadrante), afin d'y être validé officiellement et d'identifier les bénévoles volontaires pour intégrer les groupes de travail. Une réunion de service (ou « plénière ») a ensuite été planifiée dans chaque association pour introduire le projet aux AD et ATP.

5.1.2.3.2. Lancement du dispositif

Le lancement du dispositif en réunion plénière a comporté cinq étapes :

- Une présentation du projet, différenciée pour les groupes témoin et participatif
- La distribution, le remplissage et la récupération de notre questionnaire (pour le détail, cf point 6.1)
- La restitution de l'enquête santé au travail de 2015, dont les résultats n'avaient jusqu'alors pas été communiqués aux AD
- Une invitation à exprimer les problématiques les plus prégnantes actuellement du point de vue des AD, par comparaison avec celles relevées dans l'enquête de 2015 (pour les associations participatives uniquement)
- Un appel aux salariées volontaires (pour les associations participatives uniquement)

Ensuite, il s'est agi de planifier les réunions santé au travail. L'objectif était de les prévoir au minimum un mois à l'avance (idéalement deux), sachant les contraintes de planification.

Des réunions de restitution sur l'avancement du projet ont été réalisées tous les 6 mois environ, dans les 16 associations. Ces réunions ont rassemblé, au sein de chaque

association, l'ensemble des aides à domicile. Elles ont également servi à administrer notre questionnaire sur la santé au travail.

5.2. Les caractéristiques du dispositif de discussion

Pour cadrer la description du dispositif de discussion expérimenté, nous nous inspirons du travail de Domette (2019), que nous résumons grossièrement ci-après.

Elle propose de caractériser les dispositifs de discussion selon dix critères, que nous reprendrons et ajusterons à nos besoins pour structurer notre présentation : l'appellation, la finalité de la démarche, le type d'objet mis en discussion, les acteurs concernés, la temporalité, l'aboutissement de la discussion, l'outillage mis à disposition des utilisateurs, les modalités de participation, les modalités de décision, les modalités d'intégration dans l'organisation. Nous y ajouterons deux critères que nous définirons lors de leur utilisation : les facteurs d'instabilité et les modalités d'identification des besoins d'évolution.

La figure 5.1 présente le déroulement global du dispositif.

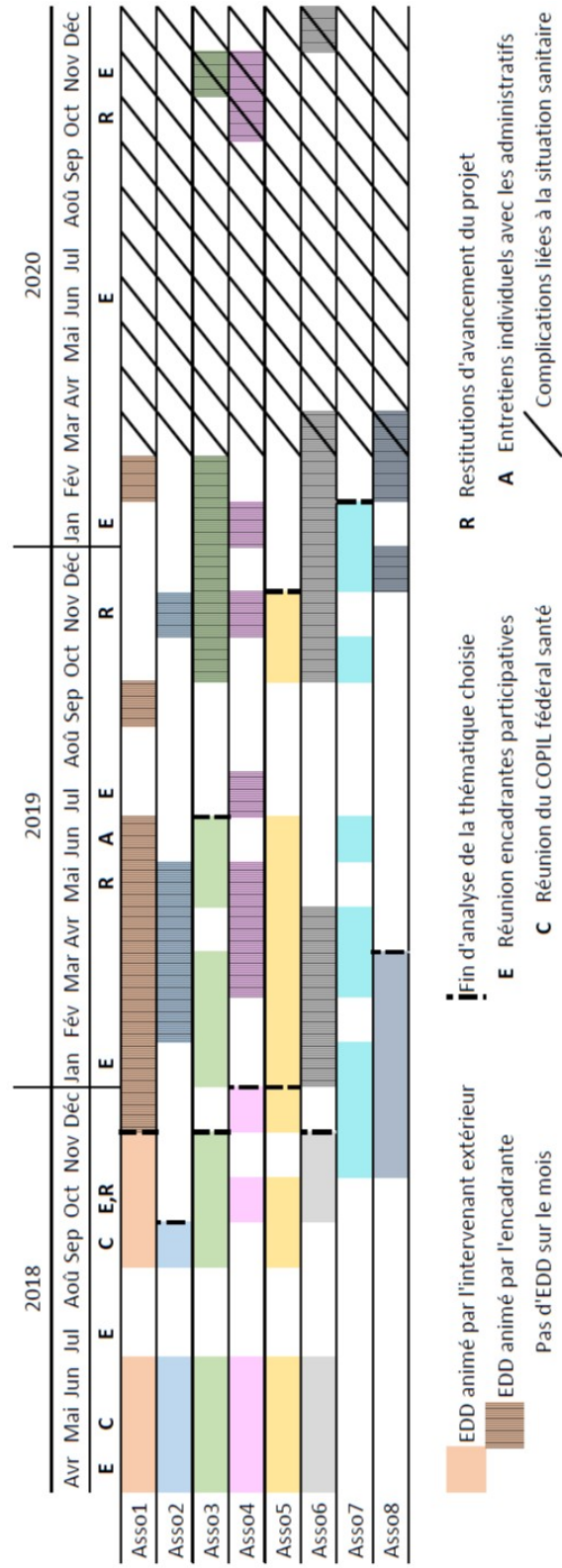


Figure 5.1 : Résumé schématique du déroulement du dispositif

5.2.1. L'appellation et la finalité

Comme expliqué précédemment, la finalité du dispositif est de mettre en place une démarche pérenne et généralisable, qui permette aux associations du réseau, en autonomie, de protéger la santé au travail des aides à domicile.

Le projet de recherche-intervention a été désigné par deux expressions équivalentes, « démarche santé au travail » ou « projet santé au travail ».

Les EDD en eux-mêmes ont été qualifiés de « réunions santé au travail », « groupe santé au travail » ou simplement « groupes de travail ». Ils n'ont été nommés ainsi qu'a posteriori, dans le cadre de la thèse.

5.2.2. Les acteurs concernés

Nous distinguons ici les acteurs peu ou prou impliqués dans le suivi ou l'évolution du dispositif, des acteurs directement impliqués dans les EDD des associations participatives.

5.2.2.1. Les acteurs concernés par le suivi global du dispositif

5.2.2.1.1. Le COPIL fédéral santé au travail

Le fonctionnement et l'action de cette instance sont décrits dans le point 5.2.8.

5.2.2.1.2. Les « encadrantes participatives »

Il s'agit de l'encadrement de proximité des associations participatives, elles ont été mobilisées tout au long du projet et absolument essentielles à son évolution (cf point 5.2.8).

5.2.2.1.3. Les cadres fédéraux

Cette catégorie de personnel rassemble les CTS, les CTP, le responsable qualité, la responsable des systèmes d'information. Le dispositif et ses enjeux leur ont été régulièrement présentés, ils ont donc pu y contribuer en apportant leurs expertises diverses et leur connaissance du réseau.

5.2.2.1.4. Le service de soutien et d'orientation (SSO)

Ce service, brièvement décrit précédemment (cf point 4.3.1) a également contribué à l'évolution du dispositif, de par les échanges qui ont eu lieu entre ses membres et l'intervenant extérieur.

5.2.3.1.5. Les instances décisionnaires fédérales

Au fil du temps, le dispositif a plus ou moins été suivi par une personne membre du CODIR fédéral, avec des variations dues à un turnover au niveau de la direction. Il y a eu d'abord une collaboration étroite avec la directrice adjointe à l'origine du projet, puis une collaboration avec sa successeure, directrice RH présente pendant un an. Ponctuellement, des validations en CA fédéral ont eu lieu. Sur la dernière année, le dispositif n'a pas été suivi par un membre du CODIR. Lorsque besoin de validation il y avait, l'intervenant extérieur sollicitait directement le directeur de l'époque ou le CA.

5.2.2.2. Les acteurs directement impliqués dans les EDD en association

5.2.2.2.1. Les aides à domicile

Principales concernées, elles devaient originellement être au minimum quatre par EDD. Ce chiffre a été déterminé par la recherche d'un équilibre entre une représentation suffisante des AD et la prise en compte des contraintes de planification. Dans les faits, selon les associations, chaque EDD a rassemblé au minimum deux à trois AD, et au maximum quatre à neuf AD.

5.2.2.2.2. Les bénévoles

Chaque EDD devait inclure un bénévole, idéalement président(e), ou à défaut, membre du CA de l'association concernée. En effet, leur présence a été identifiée comme étant indispensable, en tant que décisionnaires et faisant partie du quotidien des associations. Au début, des bénévoles ont été présents systématiquement dans les EDD de la plupart des associations. Au fil du temps, leur présence a été plus ou moins constante selon les associations, et ils ont parfois été totalement absents des EDD.

5.2.2.2.3. L'encadrement

De façon à garantir l'anonymat des acteurs, nous référons ici indistinctement aux encadrantes, aux responsables de secteur (dans leur rôle de management) et aux responsables d'entité ou directrices. Les encadrantes donc, ont également fait partie des acteurs à mobiliser systématiquement pour participer aux EDD, de par leur fonction centrale au sein des associations. À plus forte raison parce qu'elles ont été identifiées comme les plus à même de reprendre l'animation à partir de la semi-autonomie.

5.2.2.2.4. Les assistantes techniques de planification (ATP)

Les ATP représentent la quatrième catégorie d'acteurs présents lors des EDD de chaque association. C'est notamment suite à l'expérimentation du Master 2 que leur présence est ressortie comme primordiale étant donné que la planification impacte fortement l'activité des AD. Dans un même souci d'anonymat, nous désignerons par ATP à la fois les professionnelles éponymes, les responsables secteurs (dans leur rôle de planification) et les secrétaires de direction.

5.2.3. La temporalité

Les EDD ont été initialement conçus pour durer deux heures et avoir lieu une fois par mois. Ces caractéristiques ont été déterminées par la recherche d'un équilibre entre d'un côté une discussion suffisamment fréquente et qui aie le temps de se remettre en route à chaque rencontre et de l'autre la prise en compte des contraintes de planification et la forte charge de travail des personnels administratifs. Cette fréquence a ainsi été posée comme un objectif minimum, de façon à permettre une certaine régularité. À notre connaissance, chaque rencontre en EDD a effectivement duré deux heures. Cependant, la régularité mensuelle a été inégalement maintenue selon les périodes et les associations (cf figure 5.1, présentée ci-avant), pour diverses raisons abordées dans le point 5.2.7.

5.2.4. L'outillage mis à disposition des utilisateurs et le type d'objet mis en discussion

5.2.4.1. Déroulement type des EDD

La première rencontre démarre par la présentation des objectifs et du fonctionnement de l'EDD, sur la base d'un diaporama que nous détaillerons par la suite.

Les participant(e)s sont amené(e)s à choisir un thème problématique sur lequel travailler. Ce thème peut être tiré des difficultés relevées durant l'enquête de 2015 ou identifiées durant la réunion plénière de lancement du projet dans l'association concernée. Il peut également être proposé librement par les membres de l'EDD.

Une fois le thème choisi, les participant(e)s commencent à l'analyser en suivant une méthode détaillée ci-après. Les échanges sont pris en note et vidéo-projetés de façon à ce que toutes et tous puissent participer à la construction du compte rendu. À la fin de la réunion, le groupe valide ensemble le compte rendu.

Au fil des rencontres, le groupe continue l'analyse du thème puis la recherche de solutions, afin de parvenir à un plan d'action. Ce dernier doit être présenté aux décisionnaires de l'association, selon des modalités propres à chaque structure, passage en CA ou en commission RH, simple entrevue avec le ou la président(e)...

Lorsque le travail sur un thème est terminé, un nouveau groupe est mis en place, composé d'autres participant(e)s qui choisissent un nouveau thème.

5.2.4.2. Le diaporama de présentation

L'outillage initial de la discussion tient principalement du diaporama de présentation destiné à introduire la première rencontre en EDD. Il présente les objectifs de la démarche, un schéma d'analyse du travail, la méthode d'analyse et de résolution de problème, ainsi que les règles de fonctionnement.

5.2.4.2.1. Les objectifs de la démarche

- Analyser les situations problématiques et trouver des solutions concrètes.
- Rendre visible la réalité du travail, pour favoriser le débat sur le travail, la régulation collective du travail et la construction d'une représentation partagée du métier.

- Partager les points de vue des différents acteurs, améliorer la connaissance de la réalité de chacun, bénéficier de l'expertise de chacun dans son domaine.

5.2.4.2.2. Le schéma d'analyse du travail

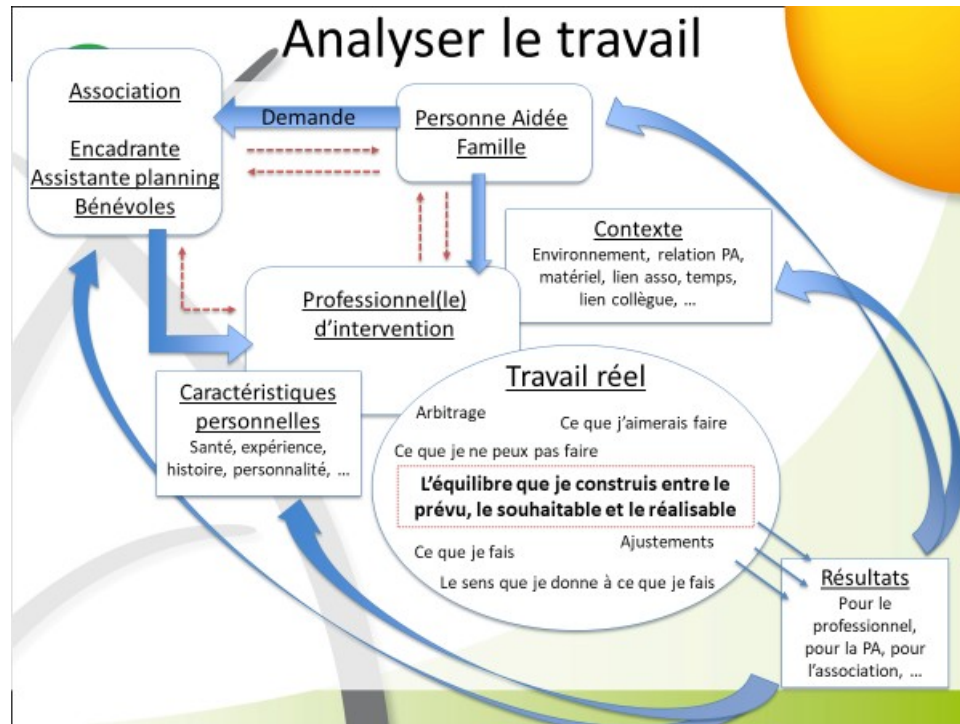


Figure 5.2 : Diapositive présentant un cadre d'analyse du travail

Ce schéma (figure 5.2) a pour vocation de familiariser les acteurs avec certaines notions clés de la psychologie du travail et de l'ergonomie, notamment concernant le travail réel. Il est inspiré de plusieurs sources telles que le schéma des cinq carrés (Leplat et Cuny, 1979) et des travaux en clinique de l'activité (Clot, 2015 ; Lhuilier, 2010), et a été adapté au contexte des associations d'aide à domicile. Y figurent les éléments déterminant les conditions de réalisation de l'activité des aides à domicile et ses résultats :

- Les diverses sources de prescription ainsi que les malentendus ou contradictions associés
- Les caractéristiques individuelles des professionnelles
- La variabilité contextuelle

5.2.4.2.3. Les règles de fonctionnement



Figure 5.3 : Diapositive présentant les règles de fonctionnement

Ces règles (figure 5.3) visent à garantir un cadre propice aux échanges en général et favorable au débat sur le travail en particulier : en rappelant la poursuite d'un but commun, en symétrisant les relations de manière à profiter des expertises, en bannissant certaines formes d'interactions, en encourageant la liberté de parole, en valorisant le désaccord, en fixant la posture à adopter vis-à-vis de la diffusion du contenu des réunions.

5.2.4.3. La méthode d'analyse et de résolution de problème

5.2.4.3.1. Présentation de la méthode

Une fois que le thème problématique est sélectionné par les participant(e)s, la méthode suit les sept étapes décrites et illustrées ci-après (figure 5.4).

Cette méthode est au cœur de l'outillage de la discussion, puisque l'animateur(trice) s'appuie sur elle pour guider les échanges. Il s'agit d'une version améliorée de l'outillage mis en œuvre durant le stage de M2, lui-même inspiré de la méthode de l'arbre des causes (Compiègne et al., 2013) et des outils utilisés par la CARSAT dans leurs projets d'accompagnement du secteur de l'aide à domicile.

Elle a pour double objectif de guider les échanges dans l'analyse du travail réel et de favoriser l'aboutissement à des actions concrètes. Sa particularité est d'analyser à la fois les causes et les effets des situations, de manière à viser l'évitement de la situation mais aussi la réduction de ses conséquences néfastes pour les acteurs en association ou pour les PA. Cela s'avère utile au vu des problématiques soulevées par les professionnelles, dont la résolution dépend souvent d'une multitude de facteurs sur lesquels les associations n'ont pas de contrôle. Ainsi lorsque aucune solution ne semble permettre d'éviter complètement une situation indésirable, l'objectif devient de réduire au maximum ses effets négatifs.

Chaque étape est illustrée par un exemple inspiré d'analyses réelles. Les annexes 5.2 et 5.3 présentent deux extraits d'analyses en cours, issues respectivement de comptes rendus d'un EDD animé par l'intervenant extérieur et d'un EDD animé en semi-autonomie.

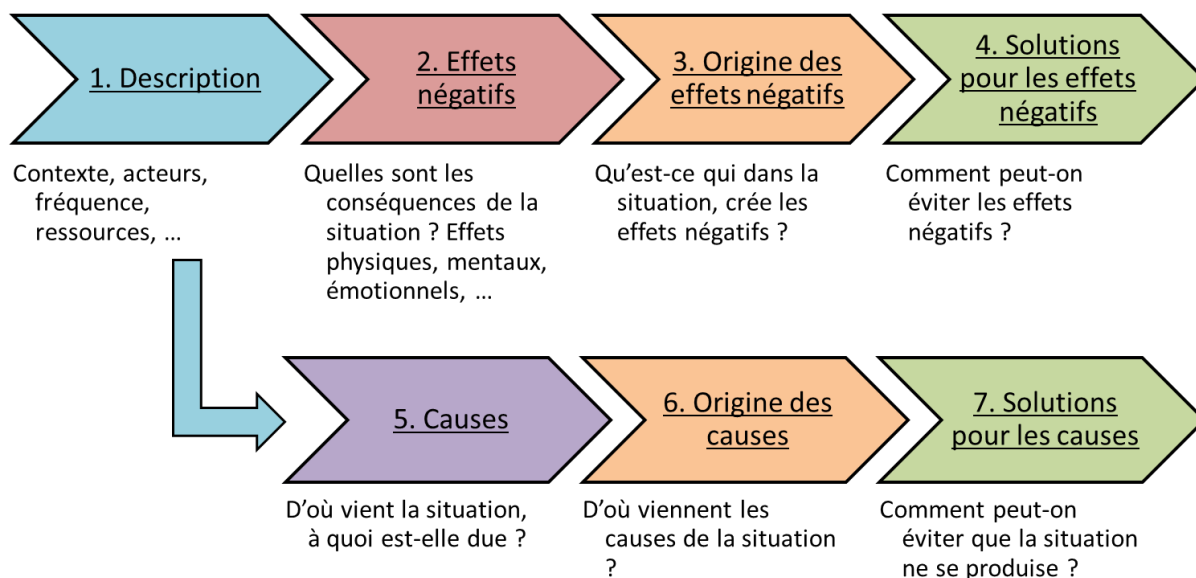


Figure 5.4 : Étapes de la méthode d'analyse

1. Décrire la situation

L'objectif ici est de bien définir et comprendre le problème choisi, en répondant aux questions suivantes : « De quoi parle-t-on ? », « Quels acteurs sont concernés ? », « Dans quelles circonstances ça arrive ? », « Est-ce « normal » que ça arrive ? », etc. C'est également un moment utilisé pour interroger les ressources actuelles des participant(e)s face au problème en question, ou les idées préalables de solutions.

Pour l'exemple, le thème choisi est le suivant : La communication entre collègues est insatisfaisante lors des réunions de secteur.

Exemple (étape 1) :

Situation problématique = Communication entre collègues insatisfaisante en réunion de secteur

Description = En réunion de secteur, on n'arrive pas à exprimer nos difficultés et à trouver des solutions aux situations difficiles.

Astuce = Parfois, avec une collègue, on échange avant la réunion à propos des thèmes qui nous semblent important. Comme ça on est suffisamment en confiance pour en parler en réunion.

2. Repérer les effets négatifs de la situation

Cette étape vise à identifier en quoi la situation pose problème, quelles conséquences engendre-t-elle, pour les AD d'abord, mais aussi éventuellement pour les personnels administratifs et pour les bénéficiaires.

3. Identification de l'origine des effets négatifs

Il est ici question d'identifier ce qui, dans la situation, engendre les effets négatifs. Il peut également être intéressant d'identifier ce qui empire ou atténue des effets négatifs. Cette étape permet souvent de mieux comprendre les effets négatifs et parfois de se rendre compte qu'ils ne sont pas directement créés par la situation, mais par d'autres facteurs. Toutefois, lorsque les effets négatifs sont causés directement par la situation, qu'il n'y a pas d'éléments médiateurs, alors les actions doivent nécessairement viser la résolution de la situation elle-même.

4. Rechercher des solutions aux effets négatifs et formaliser le plan d'action (4bis)

Les effets négatifs de la situation ayant été identifiés et analysés, cette étape comprend la recherche de solutions et leur formalisation dans un plan d'action. Une fois cela réalisé, il est conseillé de préparer une première communication interne sur l'avancement de la démarche.

Exemple (étapes 2, 3, 4) :

Effets négatifs de la situation :

N°1. On n'arrive pas à régler certaines situations problématiques, qui traînent pendant plusieurs mois avant que quelque chose ne soit fait.

N°2. On est frustré parce qu'on ne peut pas s'exprimer.

Origines des effets négatifs :

N°1. Si on ne peut pas parler des problèmes en réunion, ils ne peuvent pas toujours se résoudre spontanément.

N°2. On est frustré parce que lorsqu'on arrive à aborder les sujets problématiques, on n'a pas le temps de les traiter à fond.

Pistes de solutions aux effets négatifs :

N°1. Voir les pistes de solutions aux causes de la situation.

N°2. Réfléchir à l'organisation temporelle des réunions de secteur.

5. Repérer les causes de la situation

Les conséquences délétères de la situation ont été identifiées et solutionnées au mieux. Cette étape vise à expliciter les causes de la situation.

6. Identifier les origines des causes de la situation

D'où viennent les causes de la situation, quelles sont les « causes des causes » ?

7. Rechercher des solutions aux causes et formaliser le plan d'action (7bis)

À présent que les causes sont identifiées et analysées, l'objectif est de chercher des solutions et de les formaliser dans un plan d'action.

Exemple (étapes 5, 6, 7) :

Cause de la situation : On peut avoir l'impression que nos difficultés ne posent pas de problèmes aux autres.

Origine de la cause de la situation :

N°1. Des collègues disent tout le temps que tout va bien pour elles.

N°2. Les expressions de certaines collègues nous donnent l'impression que ce qu'on dit n'est pas intéressant.

Piste de solution à la cause :

N°1. Demander aux salariées de donner avant les réunions, les situations qui devraient être évoquées. Comme ça l'encadrante saura qu'elles sont à traiter.

N°2. Rappeler en réunion certains fondamentaux (il n'y a pas de question bête, tout le monde a des difficultés, il n'y a pas de honte à demander de l'aide, il ne faut pas juger, etc).

5.2.4.3.2. Évolutions de la méthode

La méthode utilisée pour guider les échanges a connu plusieurs adaptations au fil du déroulement du dispositif. Ces modifications proposées par l'intervenant extérieur ou par des encadrantes ont été principalement destinées à faciliter son utilisation par les acteurs et à améliorer son efficacité. Voici quelques exemples d'adaptations.

Changements dans l'ordre des étapes

Initialement, les étapes s'enchaînaient comme suit : Description (étape1) > Identification des effets (étape 2) > Identification, analyse et résolution des causes (étapes 5, 6, 7) > Analyse et et résolution des effets (étapes 3 et 4).

Cela permettait d'avoir une vision globale de la situation et de ses effets, avant d'essayer de trouver des moyens de l'éviter, puis à défaut de pouvoir s'y soustraire complètement, de réduire ses conséquences. Cependant cet aller-retour compliquant la tâche aux encadrantes, il a été supprimé.

Encourager à faire des points avec les décisionnaires à chaque plan d'action

Constatant certaines difficultés du passage à l'action (cf point 5.2.7), il est ressorti comme primordial de renforcer le lien entre les EDD et les décisionnaires. À partir de début 2020, l'étape « faire un point avec les décisionnaires » à chaque plan d'action a donc été ajoutée, ainsi que le fait de prioriser les actions au préalable. Ces ajouts n'ont cependant pas pu être expérimentés puisque le dispositif a été interrompu par la situation sanitaire (cf point 5.2.7).

Nécessité de préciser davantage la situation choisie

Au vu des difficultés de passage à l'action, il a fallu opérer un « resserrage » ou un « zoom » sur les situations choisies. Par exemple, ne pas se contenter de choisir le « manque de reconnaissance », mais préciser un type de situation dans laquelle les AD ressentent un manque de reconnaissance. Ce point particulièrement important n'a été implémenté qu'en début 2020, un seul EDD a pu commencer à l'expérimenter, pour des résultats encourageants. En outre, il n'est pas sans rappeler des prescriptions de nombreux auteurs portant sur le choix des objets de discussion, nous y reviendrons (cf point 8.1.4).

5.2.4.4. Les divers documents-supports

Au fil du projet, plusieurs supports ont été créés par l'intervenant extérieur puis adaptés dans l'interaction avec les encadrantes participatives. Ils ont pour vocation de soutenir le passage à la semi-autonomie, en facilitant l'analyse, en guidant la posture

d'animation, en favorisant la communication interne, etc. Le tableau 5.2 en présente un récapitulatif. Les annexes ne présentent que les dernières versions de ces différents outils et documents supports.

Tableau 5.3 : Récapitulatif de l'outillage de la discussion

Outil	Destinataire	Fonction
- Diaporama de présentation pour le premier groupe de travail	- animateur(trice) de l'EDD - Ensemble des participant(e)s	- Introduire les étapes, principes, règles et objectifs de l'EDD, lors de la première rencontre
- Méthode d'analyse et de résolution de problème	- animateur(trice) de l'EDD - Ensemble des participant(e)s	- Guider les échanges
- Schéma de la méthode d'analyse (annexe 5.4)	- animateur(trice) de l'EDD	- Présenter de façon synthétique les étapes de la méthode d'analyse
- Trame de CR type (annexe 5.5)	- Rédacteur(trice) du compte rendu de l'EDD - Ensemble des participant(e)s	- Offrir un support à la prise de note durant les EDD
- Objectifs et déroulement de la démarche participative	- animateur(trice) de l'EDD	- Présenter dans le détail les objectifs de la démarche, les outils disponibles et le déroulement complet de l'analyse d'une problématique
- Pistes pour l'animation (annexe 5.6)	- animateur(trice) de l'EDD	- Rappeler les points cruciaux identifiés pour la pérennisation du dispositif, soutenir la posture d'animation
- Trame pour communiquer sur l'EDD	- Toute personne amenée à communiquer en interne sur l'EDD (principalement personnel administratif)	- Proposer une structuration simple pour aborder les issues de la discussion lors d'autres réunions en interne
- Note de communication sur l'EDD	- Toute personne amenée à communiquer en interne sur l'EDD	- Proposer une structuration simple pour rédiger une note à envoyer à l'ensemble des acteurs concernés en interne

Le « Diaporama de présentation » et la « Méthode d'analyse » ont été présentés précédemment.

Le « Schéma de la méthode d'analyse » est conçu comme un support pour s'y retrouver dans l'analyse, notamment lorsque la problématique est particulièrement complexe ou tentaculaire. Ce document également a été très apprécié et utilisé par une partie des encadrantes.

La « Trame de CR » est également créée dès les premiers stades du dispositif, il s'agit d'un document reprenant les étapes de la méthode d'analyse et facilitant la prise de note, le tout en vue de limiter au maximum le temps passé à préparer les comptes rendus. Toutes les encadrantes ont utilisé ce document, certaines l'ont adapté à la marge et une encadrante l'a en grande partie modifié pour qu'il corresponde mieux à ses besoins.

Le document « Objectifs et déroulement de la démarche participative » a été conçu comme un guide général pour la gestion d'un EDD local par une encadrantes. Il a servi au moins à une partie des encadrantes lors de la préparation de certains de leurs EDD.

Le document « Pistes pour l'animation » a émergé après une dizaine de mois d'expérimentation, pour répondre à un certain nombre de besoins exprimés par les encadrantes quant à la semi-autonomie (cf point 5.3.1). C'est un document très apprécié pour les propositions qui y figurent quant au positionnement d'animateur d'EDD.

La « Trame pour communiquer » et la « Note de communication » ont toutes deux été créées pour faciliter la réalisation de communications internes brèves sur les EDD. L'une comme l'autre ont servi ponctuellement, au gré des communications réalisées.

5.2.4.5. L'animation des EDD et l'accompagnement à l'autonomie

5.2.4.5.1. Animation par l'intervenant extérieur

Pour l'analyse de la première problématique choisie, c'est l'intervenant extérieur qui a animé les réunions santé au travail. L'animation visait à remplir plusieurs fonctions parmi lesquelles : initier les échanges, guider les participant(e)s dans la méthode d'analyse et de résolution de problème, effectuer des relances, questionner en vue d'approfondir la compréhension des éléments exprimés, canaliser les échanges vers les objectifs, encourager la participation de tous les acteurs présents, soutenir les débats.

De manière générale, la prise de note a également été réalisée par l'intervenant extérieur, vidéo-projetée de façon à ce que les participant(e)s puissent modifier sa teneur et s'assurer ainsi que l'écrit corresponde à leur vision. Les comptes rendus, issus de la prise de

note vidéo-projetée, ont été rédigés par l'intervenant extérieur, qui les a complétés de sa prise de note parallèle, puis transmis à l'ensemble des participant(e)s.

Pendant cette première période, les encadrantes ont donc participé en tant qu'actrices locales et pas en tant qu'animatrices. Notre objectif était de les habituer ainsi à l'utilisation de la méthode et à la posture d'animation.

5.2.4.4.2. La semi-autonomie

La semi-autonomie a été pensée comme une période de formation par l'action. Son fonctionnement était le suivant :

- L'encadrante est en position d'animation pour l'EDD de son association, accompagnée par l'intervenant extérieur sur les deux à trois premières réunions.
- L'intervenant extérieur est disponible pour apporter un soutien à la préparation des EDD ou en présence lors des EDD, à la demande. S'il n'est pas sollicité, il prend ponctuellement contact avec les encadrantes pour leur demander si elles ont besoin d'un soutien.
- La prise de note est assurée par l'encadrante ou un(e) autre participant(e), bénévole, AD, ATP, ou par un binôme de deux acteurs.
- Un débriefing individuel systématique est mis en place (cf point 5.2.8), il a lieu en direct ou par téléphone après chaque EDD.
- Les réunions « encadrantes participatives » (cf point 5.2.8) permettent un suivi et un partage des pratiques entre animatrices d'EDD.

Concrètement le soutien présentiel de l'intervenant durant les EDD a pu prendre différentes formes, illustrées ci-dessous par des exemples fictifs inspirés du déroulement des séances :

- En réponse à une demande explicite (question) ou implicite (regard) de l'encadrante.

[encadrante] On en est où là du coup, je vais plutôt vers les causes ou les effets ?

[intervenant] À ce stade, j'irai plutôt vers les effets, ça nous permettra d'y voir plus clair. Mais si pour une raison quelconque tu préfères aller vers les causes, alors pas de soucis.

- Spontanément, dans un « aparté » avec l’encadrante, pendant que les échanges continuent, pour lui proposer des conseils sur la gestion des débats ou sur l’avancement dans l’analyse.

[intervenant] Je ne sais pas si tu as remarqué, mais sur cette notion de ce qu’il faut ou non écrire dans le cahier de liaison, on dirait qu’il y a un désaccord un peu implicite entre les professionnelles ?

[encadrante] Oui j’ai vu ça, qu’est-ce que j’en fais ?

[intervenant] Je t’encourage à essayer de revenir sur ce point et à demander aux professionnelles ce qu’elles en pensent. C’est ce genre de désaccord qu’on veut rendre visible.

- Spontanément ou en réponse à une sollicitation provenant d’un(e) participant(e), à l’attention de toutes et tous, pour apporter des éléments théoriques complémentaires, approfondir certains points, proposer un exemple de formulation à l’encadrante, ou encore pour encourager, favoriser, soutenir les débats.

[intervenant] Je me permets d’intervenir, je me demandais, qu’est-ce que vous vouliez dire par « les demandes en plus » de la famille ?

5.2.4.4.3. L’appropriation de la méthode

À partir de la semi-autonomie, les encadrantes ont eu plus ou moins de difficultés à utiliser la méthode d’analyse, et y ont opéré des changements, volontairement ou non.

D’une part, nous avons pu observer que la distinction entre les notions de cause et de conséquence pouvait être délicate, dans le cadre de l’analyse des problèmes parfois complexes traités dans les EDD. Cela a pu mener à des « erreurs » d’identification de certains facteurs en tant que causes ou conséquences. Par ailleurs la méthode d’analyse conduit à explorer un très grand nombre d’éléments. Or il n’a pas toujours été aisé de distinguer, parmi cette multitude, ce qu’il conviendrait de traiter directement de ce qui pourrait faire l’objet d’un autre EDD. Ces difficultés n’ont pas entravé outre mesure le fait de trouver des solutions, en revanche, cela a pu allonger considérablement les durées de traitement d’un thème.


















D’autre part, l’une des encadrantes a remanié la méthode pour se sentir plus à l’aise dans l’animation de son EDD sur le thème du manque de reconnaissance. Elle a conservé la notion d’exploration des causes et effets négatifs, mais a organisé le cheminement

différemment. Elle a opéré ces modifications spontanément et sans soutien de l'intervenant extérieur. Sa version de la méthode lui a permis d'aboutir aux résultats attendus : avoir une bonne compréhension de la problématique et construire un plan d'action.

5.2.4.6. Les thèmes problématiques choisis

Les problématiques choisies par les EDD évoquent majoritairement la planification, bien qu'il s'y trouve aussi des questions organisationnelles et relationnelles. Le tableau 5.4 en présente le récapitulatif et précise la composition des EDD. Les associations sont distinguées au moyen d'un code couleur, de façon à montrer quels les thèmes ont été traités par chacune.

Tableau 5.4 : Récapitulatif des thèmes problématiques choisis

Ordre	Thème choisi	Nb acteurs ¹	AD ²	Admin ³	Béné ⁴	Nb EDD ⁵
1 ^{er}	 Amplitude horaire	7	2-4	2	1	6
	 Amplitude horaire	12	6-8	1-2	1-2	8
	 Changements de planning	9	3-5	2	1-2	8
	 Changements de planning ^P	9	2-6	2	1*	10
	 Difficulté de transmission des informations	8	2-4	2	1	8
	 Durées d'intervention inadaptées	8	2-4	2-3	0-1	8
	 Journées déséquilibrées	11	3-6	1-2	1-3*	9
	 Manque de communication	8	2-4	2	1-2	7
	 PA insatisfaites	10	4-5	1-2	1-3*	7
2 ^{ème}	 <u>Difficultés de communication</u>	10	4-6	2	1-2*	5
	 <u>Difficultés de communication</u>	8	4-6	1-2	0	9
	 <u>Manque de reconnaissance</u>	7	4-5	2	0	3
	 <u>Intervention chez une PA inconnue^P</u>	7	4	2	1*	1
	 Changements de planning	7	2-4	2	0-1	6
	 Tâches répétitives	8	1-4	2	0-2	8
	 <u>Manque de reconnaissance</u>	9	4-5	1-2	1-2	8
	 <u>Changements de planning</u>	9	2-4	1-2	1-3*	11
3 ^{ème}	 <u>Changements de planning</u>	5	2-3	2	1	6

Notes. Les couleurs signalent les associations (avec un code indépendant de celui utilisé pour la figure 5.1)

Le soulignage indique les problématiques traitées en semi-autonomie

¹ : Nombre total d'acteurs impliqués sans compter l'intervenant extérieur

^{2,3,4} : Nombre minimal et maximal d'acteurs présent(e)s, respectivement aides à domicile, personnels administratifs et bénévoles

⁵ : Nombre d'EDD réalisés sur chaque thème

^P : Signale la 17^{ème} association, pilote durant le stage de Master 2

* : Signale la présence régulière du/de la président(e) de l'association

5.2.5. L'aboutissement de la discussion

Nous distinguons deux formes d'aboutissement de la discussion. D'une part, les EDD nous ont permis de confirmer ou d'affiner notre compréhension des déterminants de la santé au travail des AD (cf point 7.2.3). D'autre part, les EDD ont produit des propositions de solutions concrètes formalisées en plans d'action. Ce type de résultats fait l'objet de la présente partie.

En effet, les discussions ont abouti à de nombreuses pistes de solutions. Nous en proposons une synthèse les distinguant en deux catégories : internes aux associations et impliquant l'externe. Un extrait de plan d'action est présenté en exemple ([annexe 5.7](#)).

Il nous a été ardu d'assurer un suivi rigoureux des actions effectivement mises en place, nous ne sommes donc pas en mesure d'être précis sur ce point. Toutefois, dans l'[annexe 5.8](#) qui offre une liste d'actions proposées par les EDD, nous avons mis en évidence celles que nous savons avoir été réalisées.

5.2.5.1. Solutions internes aux associations

Organiser de l'échange sur des thèmes, situations, problématiques

Plusieurs EDD ont abouti à ce type d'action, visant à mettre en place un groupe de travail ou à planifier des réunions à thème, afin de partager les vécus, les pratiques ou les réflexions sur un sujet donné.

Ce type d'action renvoie à une forme de généralisation ponctuelle de la discussion hors de l'EDD. Cela permet de débattre en plus grand nombre de ces sujets délicats, sujets auxquels il n'est pas forcément de « solutions » à apporter, autres que la mise en discussion elle-même. En effet, les sujets sont variés, mais touchent pour beaucoup au travail relationnel.

Améliorer la coordination entre salariés au sein de l'association

Il est question ici d'améliorer la coordination entre AD et/ou entre AD et administratifs, en favorisant de diverses manières la communication et la transmission d'information concernant les situations des PA.

Renforcer la coordination avec les bénévoles

D'une part, la répartition des rôles entre personnels administratifs n'est pas évidente pour de nombreuses associations, ensuite, les bénévoles ne sont pas toujours préparés aux missions qu'ils doivent réaliser. Ces deux points sont susceptibles d'impacter à la fois les personnels administratifs et les AD.

Communiquer à l'ensemble des salariées des astuces identifiées pendant les EDD

Les discussions ont amené les AD à partager des astuces qu'elles utilisent dans des situations où il peut être ardu de se positionner et/ou de se protéger. Il a donc été envisagé de communiquer ces astuces à l'ensemble des salariées. Elles concernent très largement des problématiques relationnelles.

Solliciter un positionnement des instances décisionnaires de l'association

Plusieurs pistes d'action impliquaient un positionnement politique de l'association, sur des aspects de gestion et d'organisation de l'association ou de positionnement vis-à-vis des partenaires.

Améliorer l'intégration des AD nouvellement recrutées

Il est ressorti de plusieurs EDD que l'intégration des AD pouvait probablement être renforcée, diverses propositions ont émergés en ce sens.

Solliciter ou interpeller la fédération départementale

Certaines pistes d'action ont relevé du niveau de la fédération, en ce qu'elles ne pouvaient pas être réalisées au niveau local, ou ont directement consisté à interpeller la fédération sur certains thèmes relevant de ses attributions.

Faire des rappels divers

De nombreuses analyses ont mené au constat que des informations déjà transmises ne sont pas bien comprises ou retenues par les AD, ce qui participe à causer des

dysfonctionnements. C'est pourquoi un certain nombre d'actions sont orientées vers des rappels informatifs.

5.2.5.2. Solutions impliquant l'externe

Agir pour une meilleure communication et/ou coordination avec les services extérieurs

Les associations d'aide à domicile étant très impactés par le fonctionnement des autres acteurs du médico-social, certaines actions ont visé un renforcement du lien avec ces derniers.

Agir pour une meilleure communication et/ou coordination avec les PA ou leur entourage

Les associations d'aide à domicile sont orientées vers la recherche de la meilleure réponse possible à apporter aux besoins et demandes des bénéficiaires. Se faisant, leur fonctionnement est parfois mis à mal. Des actions visant à mieux se coordonner avec les PA et leur entourage ont donc été proposées.

Solliciter des ressources auprès de partenaires, d'acteurs publics ou municipaux

Quelques actions ont concerné la sollicitation de divers acteurs, pour des demandes ponctuelles ou des services spécifiques.

5.2.6. Les modalités de participation, de décision et d'intégration dans l'organisation

5.2.6.1. Les modalités de participation

La participation aux EDD est basée sur le volontariat pour les AD, les bénévoles et les ATP, bien qu'elle soit fortement encouragée pour ces dernières. Concernant les encadrantes, la participation est obligatoire puisque la pérennisation locale des EDD repose en grande partie sur elles.

Le sujet des EDD est choisi par les participant(e)s à partir de problématiques identifiées par l'ensemble des salariées ou proposées sur le moment, et les solutions sont élaborées dans l'échange entre tous les membres de l'EDD, comme expliqué dans le point 5.2.4.

5.2.6.2. Les modalités de décision

Les propositions sont priorisées par l'ensemble du groupe lors de la réalisation du plan d'action, et beaucoup d'entre elles ne requièrent pas de validation officielle.

Pour les actions qui nécessitent le positionnement d'un(e) décisionnaire local, elles doivent passer au CA de l'association. Cependant, la subsidiarité n'a pas été réfléchie, et il s'avère qu'elle n'est pas assurée. En effet, les encadrantes et les bénévoles présents aux EDD ne participent pas forcément aux CA, donc la transmission et l'argumentation des propositions auprès des CA n'est pas toujours évidente.

La situation est semblable pour les actions nécessitant un positionnement fédéral. Elles peuvent « remonter » par le biais des cadres fédéraux, mais leur traitement n'est pas garanti, faute d'instance en position de recevoir et de traiter régulièrement ces éléments en provenance du terrain.

5.2.6.3. Les modalités d'intégration

5.2.6.3.1. Insertion du dispositif dans le fonctionnement de l'organisation

La temporalité et la composition des EDD ont été pensées pour maximiser la régularité tout en respectant les contraintes des associations (cf point 5.2.3), et les outils conçus pour minimiser l'investissement temporel hors des rencontres en EDD (cf point 5.2.4).

Le maintien de la régularité des réunions repose en très grande partie sur les encadrantes, parfois les ATP, et éventuellement les AD qui sont susceptibles de demander quand aura lieu le prochain EDD. L'intégration pérenne des EDD locaux est donc assez fragile car basée principalement sur des personnels souvent débordés par la charge de travail du quotidien. Cependant, un certain nombre de solutions (cf point 5.2.5) renvoient à des temps d'information, d'échange ou de co-construction hors EDD, avec plus de salariées présentes.

Ces solutions se concrétisent majoritairement en s'insérant dans des temps de réunions préexistants (de secteur / d'îlot ou plénières).

À l'échelle du réseau, les modalités d'intégration du dispositif ont été définies lors de la dernière année du projet de recherche-intervention (cf point 5.3), elles n'ont donc pas été expérimentées.

5.2.6.3.2. Communication interne sur le dispositif

Au niveau de la communication interne sur les EDD, que nous proposons de considérer comme une modalité d'intégration, nous distinguerons celle qu'ont assurée les acteurs locaux, de celle réalisée par l'intervenant extérieur.

Concernant les acteurs locaux, il a été question de présenter l'avancement des EDD au sein de chaque association. L'objectif était que la totalité des acteurs d'une structure soit globalement au fait des thèmes travaillés et des solutions proposées. Cela a été réalisé de manière inégale, en fonction des possibilités des personnels administratifs. Dans certaines structures, l'encadrante fut en mesure de faire ce travail de communication oralement, lors de réunions d'îlot ou de secteur. Dans d'autres, des notes écrites furent envoyées à l'ensemble des salariées. Parfois, les encadrantes purent organiser une communication en CA ou en CA restreint, voire en Conseil Social et Économique (CSE). Cette notion de communication interne a été délicate dès le début du projet, du fait de trois facteurs identifiés. En premier lieu, les associations manquent d'espaces et de temps, les réunions existantes étant très chargées et la planification très contrainte. En second lieu, la communication écrite est très limitée, les notes d'information étant peu lues étant donné la grande quantité d'informations transmises par ce biais. Enfin, la forte charge de travail des personnels administratifs n'est pas pour faciliter la mise en place d'alternatives.

Pour l'intervenant extérieur l'enjeu était d'informer le réseau, dans l'idéal régulièrement, sur l'avancement du projet. Pour ce faire, des communications ont été organisées à l'occasion de plusieurs instances ou rencontres fédérales (réunions de cadres, commission RH, COPIL santé au travail, réunion de l'ensemble des encadrantes du réseau, entrevues informelles avec la direction) et une fois dans chaque comité de pays. Il a été proposé à des AD participant aux EDD de venir témoigner de leur perception dans les comités de pays, ce qui a eu lieu pour deux d'entre eux. Outre ces communications à divers

niveaux, l'intervenant extérieur a animé tous les 6 mois une réunion de restitution de l'avancement du projet aux 16 associations y prenant part.

5.2.7. Les facteurs d'instabilité

Nous proposons d'ajouter ce critère pour compléter la définition du dispositif expérimenté. S'ils ne le caractérisent pas directement, nous considérons que les éléments déstabilisant le dispositif, sont instructifs : ils mettent en exergue certaines failles, certains manques dans son adaptation aux réalités des acteurs. En cela, ils sont susceptibles de le questionner d'une manière tout à fait pertinente. Nous avons identifié cinq facteurs d'instabilité : les impondérables du quotidien des associations ; les difficultés du personnel administratif ; le contexte relationnel interne à certaines associations ; l'investissement et l'implication de certains décideurs ; la situation sanitaire liée à la COVID-19.

5.2.7.1. Les impondérables

Nous notons d'abord une grande vulnérabilité du dispositif aux aléas que connaissent les associations. Les mouvements de personnels au niveau des AD (arrêts, formations, départs) de pair avec leurs conséquences sur la planification impactent fortement les EDD. Ces impondérables ont causé le report d'EDD par manque de monde ou des EDD en très petit nombre. Ainsi, cinq associations n'ont eu, à plusieurs reprises, que deux AD présentes. À une occasion, une réunion s'est tenue avec une seule aide à domicile sur les quatre initiales.

De même, les mouvements aux postes administratifs (congrés parentaux, départs) interrompent ou réinitialisent le processus d'autonomisation du dispositif tel qu'il a été expérimenté.

5.2.7.2. Les difficultés des personnels administratifs

La surcharge de travail des ATP et encadrantes, ainsi que le mal-être professionnel qui peut y être associé, est problématique en elle-même mais également pour le dispositif. Cela n'est pas une surprise, mais nous le notons néanmoins, cela engendre des reports de réunions, entrave le passage à la semi-autonomie, conduit à des absences ponctuelles des

ATP aux EDD, et freine le passage à l'action. Aussi, le déploiement de projets à échelle départementale, tels que celui visant le changement de comptabilisation des temps entre intervention (inter vacation), accroissent temporairement la charge de travail des personnels administratifs, exacerbant ses effets sur le dispositif.

5.2.7.3. Le contexte relationnel interne

La préexistence de tensions entre acteurs, qu'elles soient entre AD ou entre AD et administratifs, compliquent le déroulement des EDD. Nous avons constaté cela dans trois associations.

Pour l'une, les tensions entre AD ont selon nous favorisé un climat « électrique » durant les EDD, ce qui nous a amené à consacrer une partie de l'animation à l'apaisement des discours. Ce, alors que lesdites tensions ne se manifestaient même pas entre les AD présentes, mais à propos des "autres" qui ne feraient pas bien le travail. Ces dernières n'étant pas présentes, nous ne sommes pas parvenu à mettre en place un débat sur la qualité du travail en question. Uniquement à suggérer qu'il puisse se tenir avec l'ensemble des salariées. Par ailleurs, des tensions très marquées se sont manifestées à d'autres niveaux également. Entre certains bénévoles et les personnels administratifs, elles ont été jusqu'à des situations de violence verbale et de grande souffrance psychique chez les salariées concernées. Si nous pouvons nous positionner assez clairement quant au fait que le dispositif ne soit pas la source de ces tensions, nous ne saurions en revanche pas déterminer s'il y a joué un rôle ou pas, quel qu'il soit.

Dans la seconde association, les ATP se sentaient incomprises, non reconnues au sein de l'association, sur leur rôle et la complexité de la planification. En outre, l'idée de participer à l'EDD a généré des appréhensions chez l'ATP qui était censé intégrer le second groupe de travail dans l'association. Elle a exprimé la crainte d'être remise en question lors des rencontres, voire dénigrée par les aides à domicile. Une discussion entre l'intervenant extérieur et les personnels administratifs a permis d'apaiser les choses et l'ATP a accepté de participer. À notre connaissance, il n'y a pas eu de difficultés ultérieures en lien avec le dispositif. En revanche, des tensions ont perduré, entre personnels administratifs, entre bénévoles, entre bénévoles et administratifs, ainsi qu'entre certaines aides à domicile et certains personnels administratifs.

Dans une troisième association, des propos tenus par des AD lors d'un EDD auraient été blessants pour une ATP. Un échange entre l'ATP et l'intervenant extérieur n'a pas suffi à apaiser la professionnelle, et elle a définitivement refusé de prendre part aux EDD. Il semblerait qu'il s'agisse de l'interaction entre des tensions interpersonnelles relativement ciblées, et le manque de reconnaissance dont souffrent beaucoup de personnels administratifs, en plus de leur charge de travail.

5.2.7.4. L'investissement et l'implication des décisionnaires

Un manque de portage politique des EDD a été souligné par plusieurs encadrantes. Ce déficit semble avoir été de différentes natures. Pour trois associations, la présence bénévole dans les EDD a progressivement diminué jusqu'à devenir absence systématique. Pour cinq associations, que les bénévoles soient présents et actifs lors des EDD ou non, un manque de portage politique s'est fait sentir. Dans une association, le positionnement du décisionnaire a pu s'apparenter à une forme de résistance passive, consistant à prioriser d'autres projets malgré les appels de l'encadrante à investir le dispositif. Ce défaut de portage politique a participé au caractère laborieux du passage à l'action.

5.2.7.5. La situation sanitaire liée à la COVID-19

La dernière année de la recherche-intervention a été marquée par la situation sanitaire liée à la COVID-19. Six EDD ont eu lieu avant le premier confinement (mi-mars 2020), puis le dispositif s'est complètement interrompu (cf figure 5.1).

Il y a deux raisons à cela, premièrement la nécessité de limiter les rassemblements, et en second lieu la perturbation des services d'aide à domicile. En effet, au vu de la nature de la crise d'une part, et de l'activité des aides à domicile d'autre part, il était impératif de restreindre au maximum les rassemblements. En outre, l'adaptation des associations aux contraintes de la situation sanitaire a été coûteuse pour tous les acteurs locaux, aux niveaux matériel, organisationnel et humain.

Dans ces conditions, il n'a pas été possible de consacrer beaucoup de ressources aux EDD. En effet, nous n'avons pas su transformer le dispositif pour qu'il puisse répondre, au moins partiellement, aux nombreux besoins des acteurs durant cette période ô combien difficile. Cette interruption forcée a sérieusement entamé la dynamique impulsée.

5.2.8. Les modalités d'identification des besoins d'évolution

Nous proposons d'ajouter ce second critère pour compléter la présentation du dispositif. Il a pour objectif de répondre aux questions suivantes : Qu'est-ce qui a permis de suivre l'apparition et la résolution ou non des difficultés de fonctionnement du dispositif ? Qu'est-ce qui a été mis en place pour diagnostiquer, au fil de l'expérimentation, les besoins d'évolution du dispositif ?

Le dispositif a bénéficié de quatre modalités d'identification des besoins d'évolution : le COPIL fédéral santé au travail ; les réunions « encadrantes participatives » ; les débriefings individuels avec les encadrantes ; les entretiens individuels avec les personnels administratifs.

Tous les besoins d'évolution ainsi identifiés sont résumés dans le point 5.3.1.

5.2.8.1. Le COPIL fédéral santé au travail

Pour rappel, cette instance a été constituée suite aux programmes de la CARSAT (PARADOM et TMS pros), dans le but de suivre les évolutions impulsées par ces dispositifs et de piloter les actions de santé au travail au sein du réseau départemental.

À partir du stage de M2 puis pendant le projet de recherche-intervention, le COPIL a été rythmé par les questionnements remontés par l'intervenant extérieur. Il s'est réuni trois fois sur la durée du projet.

La première rencontre, en février 2018, a permis de faire le point sur le dispositif avant qu'il ne soit implémenté. Les deuxième (mai 2018) et troisième rencontres (septembre 2018) ont servi à présenter les premiers retours et interrogations soulevées au fil de l'expérimentation du dispositif.

En effet, cette instance a été le lieu privilégié de signalement des questionnements restant pour nous sans réponses, questionnements de deux natures :

- Les questions concernant le développement du dispositif, identifiées dans l'interaction entre l'intervenant extérieur et les encadrantes participatives.
- Les questions ayant trait à la protection de la santé au travail des AD et plus particulièrement à ce que nous avons appelé les problématiques transversales. Il

s'agit d'éléments particulièrement pénibles pour les AD et/ou pour les personnels administratifs, épineux pour les associations, et surgissant dans les EDD de chaque structure ou presque, quel que soit le thème de départ. On y trouve la question des limites d'intervention, des demandes supplémentaires des PA, du manque d'échange, de la surcharge de travail des personnels administratifs, des difficultés de coordination avec les partenaires...

Le COPIL a parfois été en mesure d'apporter des réponses partielles face à ces deux types de questionnements, mais la plupart du temps, aucune solution n'a été élaborée pendant ces rencontres. De fait, il a été conçu et intégré au sein de l'organisation fédérale comme une instance de consultation et de rendre compte, davantage que de pilotage et de décision. Le COPIL a principalement servi à assurer une forme de légitimité et de suivi au projet de recherche-intervention au niveau fédéral.

Ayant dans l'optique de préparer la pérennisation du dispositif après la de la recherche-intervention, de mettre en place une gestion à l'échelle du réseau des problématiques transversales, nous avons considéré que le COPIL devait évoluer.

Aussi, lors de la rencontre de septembre 2018, nous lui avons proposé, après en avoir échangé avec la DRH du moment, de se transformer. Notre proposition impliquait de réunir le COPIL pour co-concevoir son futur fonctionnement, dans le but de répondre aux besoins de pérennisation du dispositif et de gestion, au niveau fédéral, de la santé au travail de l'ensemble des salariés du réseau.

Accessoirement, le COPIL a changé de nom en fonction des changements de direction, de « santé au travail », il est passé à « Mon quotidien au travail », puis à « qualité de vie au travail ».

5.2.8.2. Les réunions « encadrantes participatives »

Les réunions, au nombre de 9 sur la totalité du projet, ont rassemblé 6 à 10 encadrantes, tous les 2 à 6 mois.

Les objectifs de chaque rencontre, proposés par l'intervenant extérieur et parfois complétés par les encadrantes, ont systématiquement gravité autour des points suivants :

- Leurs impressions, retours, perceptions sur les EDD et leur avancement

- Les ressources et difficultés, potentielles ou avérées, dans l'optique du passage à l'autonomie et de la pérennisation
- Les questionnements concernant les EDD et le dispositif

Les premières réunions nous ont semblé assez hésitantes, il a fallu plusieurs mois pour tendre vers une ambiance de libre participation, et la prise de parole est restée inégale d'une encadrante à l'autre. Au fil du temps, ces rencontres sont devenues l'une des principales sources de développement et d'évolution du dispositif. Elles ont été essentielles à plusieurs titres.

Premièrement, elles ont permis aux encadrantes de se rencontrer car la plupart ne se connaissaient pas. Par là même, ces réunions sont devenues, peu à peu, un espace de partage des questionnements mais également des pratiques d'animation et de gestion des EDD.

Deuxièmement, cet espace a été indispensable à notre compréhension des appréhensions des encadrantes en tant que futures animatrices, à l'identification des difficultés d'institutionnalisation du dispositif et à la co-construction de solutions orientées vers sa pérennisation.

Nombre de difficultés et besoins identifiés, d'évolutions de l'outillage, ainsi qu'une partie des propositions faites au réseau à l'issue de la recherche-intervention sont issus des échanges en réunions « encadrantes participatives » ou ont été guidés par ces rencontres.

5.2.8.3. Les débriefings individuels avec les encadrantes

À partir de la semi-autonomie, nous avons mis en place un débriefing systématique avec chaque encadrante après chaque rencontre en EDD.

L'objectif était d'assurer un suivi du passage à l'autonomie, d'avoir des éléments supplémentaires pour analyser le fonctionnement des EDD, d'identifier les points d'achoppements individuels et à terme de les solutionner, par exemple au cours des réunions « encadrantes participatives ».

Un guide d'entretien sommaire ([annexe 5.9](#)) a visé à explorer le ressenti des encadrantes en position d'animatrices des EDD, leur perception du déroulement des rencontres, les points d'amélioration qu'elles perçoivent.

Au total, 38 débriefings individuels ont été réalisés, auprès de 6 encadrantes (3 à 10 par encadrante).

5.2.8.4. Les entretiens individuels avec les encadrantes et les ATP

Des entretiens individuels ont été réalisés avec les encadrantes (comprenant une responsable de secteur et une directrice) et les ATP (comprenant des secrétaires de direction) des 6 associations participatives de la première cohorte.

L'objectif était notamment d'explorer leur perception du dispositif de discussion. Les questions du guide d'entretien portaient sur la perception de l'impact du dispositif sur les associations ainsi que sur leur travail quotidien, les avantages et inconvénient du dispositif, les leviers et obstacles à sa pérennisation.

Au total, 7 entretiens avec des encadrantes (de 27 min à 1h20) et 9 entretiens avec des ATP (de 40 min à 1h20) ont été réalisés et enregistrés entre juin et juillet 2019, dans les locaux des associations.

5.3. La construction de la pérennisation du dispositif

5.3.1. Les besoins d'évolution identifiés

Le COPIL santé au travail ainsi que les divers temps d'échange et de recueil d'information avec les personnels administratifs (cf point 5.2.8) ont permis d'identifier quatre besoins d'évolution du réseau et du dispositif. Ils reposent sur deux ressorts principaux, ayant pour finalité de permettre que le dispositif tienne dans la durée : favoriser le passage à l'action et éviter que le dispositif ne représente une source de difficultés pour les acteurs locaux.

Revoir l'organisation du travail des personnels administratifs

Les encadrantes et ATP connaissent souvent une surcharge de travail qui les maintient dans une gestion au jour le jour et ne laisse pas ou peu de place à la régulation de leur travail et de celui des AD. Les EDD se sont avérés assez peu exigeants en temps de réalisation et de préparation mais il a néanmoins été délicat de mobiliser les ATP pour ces deux heures mensuelles. En outre, la mise en place des actions implique dans tous les cas une charge de travail difficilement gérable pour les encadrantes. Il ressort ainsi de l'expérimentation qu'il est impératif de comprendre et de résoudre la surcharge de travail des personnels administratifs. D'abord pour le bien-être des salariés concernés, ensuite pour la pérennité du dispositif. Par ailleurs la lenteur de traitement des thèmes choisis en EDD, principalement due à la méthode d'analyse, a été identifiée comme un frein. L'adaptation de l'outillage est censé répondre à ce point problématique.

Garantir un soutien aux animateurs et animatrices des EDD

Les encadrantes expriment à l'unanimité le besoin de continuer à bénéficier d'un soutien extérieur à l'association, même si elles sont en capacité d'animer seules les EDD. Il s'agirait de pouvoir bénéficier d'un soutien ponctuel en cas de blocage ou difficultés d'analyse, mais également d'avoir une force de rappel qui encourage à maintenir une régularité de réalisation des EDD.

Mettre en place une gestion des problématiques transversales au sein du réseau

Un certain nombre de problématiques surgissent lors des EDD, quel que soit le thème travaillé (cf point 7.2.3). Ces problématiques transversales posent souvent problème aux associations qui ne sont pas en mesure d'y apporter seules des réponses. De fait, les déterminants de la santé au travail des AD entretiennent des liens complexes, formant un canevas qui dépasse souvent le niveau local. Comme évoqué au point 5.2.8, le COPIL santé au travail tel qu'il a été conçu, ne permet pas de prendre en charge ces problématiques, non plus qu'aucune autre instance. Il s'agit pour nous d'un besoin de subsidiarité à l'échelle du réseau : faire en sorte que les problématiques que les associations n'arrivent pas à réguler seules puissent être gérées avec le soutien de la fédération, en sollicitant l'ensemble des acteurs concernés.

Assurer le portage politique du dispositif, aux niveaux local et fédéral

Globalement, les encadrantes identifient un besoin de renforcement du portage politique local du dispositif. En effet, l'investissement des décisionnaires locaux a été inégal (cf point 5.2.7), mais le dispositif a toujours largement reposé sur les encadrantes et les ATP. La subsidiarité locale n'étant pas toujours fonctionnelle, les actions nécessitant un positionnement ou un soutien des CA peuvent être difficiles à mettre en œuvre.

Certains de ces besoins ont été partiellement résolus à travers l'outillage (cf point 5.2.4), d'autres nécessitent des changements à l'échelle du réseau. Plusieurs propositions ont été faites en ce sens et sont détaillées dans la partie suivante.

5.3.2 Étapes et structuration de la pérennisation au sein du réseau

Dans cette partie, nous présentons les propositions élaborées en réponse aux besoins identifiés, orientées vers le déploiement et la pérennisation du dispositif à l'ensemble du réseau départemental.

Nous passerons d'abord par la proposition initiale de structuration des EDD au sein du réseau et de reformation du COPIL.

Nous verrons ensuite les apports de la collaboration avec la responsable qualité hygiène sécurité et environnement (RQHSE) arrivée dans le réseau en avril 2020.

Enfin nous présenterons les propositions faites à l'AG du réseau départemental en juin 2021 et ferons le point sur l'avancement de la résolution des questionnements ayant traversé le dispositif durant la recherche-intervention.

5.3.2.1. Première proposition : structuration des EDD au sein du réseau et transformation du COPIL fédéral QVT

Pour rappel, le COPIL fédéral QVT ne permettait pas de répondre aux besoins du dispositif en termes de suivi, de soutien aux associations et de déploiement à l'ensemble du réseau.

Aussi, lors de sa dernière réunion (septembre 2018), nous lui avons proposé, après en avoir échangé avec la DRH du moment, de se transformer. Notre proposition impliquait de réunir le COPIL pour co-concevoir son futur fonctionnement, dans le but de répondre aux besoins de pérennisation du dispositif et de gestion au niveau fédéral de la santé au travail de l'ensemble des salariés du réseau.

Dans les faits, l'intervenant extérieur a dessiné seul les contours de ce nouveau COPIL à partir des besoins et limites identifiés à travers l'expérimentation du dispositif, lors des rencontres avec les encadrantes et sur la base d'éléments issus de la littérature scientifique. Il s'agissait bien d'une proposition, nécessitant d'être précisée et concrétisée dans l'interaction entre tous les acteurs concernés.

Au-delà de la reformation du COPIL (alors pas encore renommé QVT), cette première proposition visait la structuration d'EDD distribués dans tout le réseau, dans l'idée d'instaurer d'une forme de subsidiarité, supportée par la formalisation de canaux de communication entre instances (cf figure 5.5).

Après l'avoir soumise aux encadrantes participatives et à la DRH, nous l'avons présentée en février 2020 à la présidente de la fédération et au président de la commission RH fédérale, avec pour objectif une pré-validation avant passage en CA fédéral en mars 2020. Ce dernier a été décalé à juin 2020 du fait de la situation sanitaire.

5.2.4.1.1. Structuration des EDD au sein du réseau

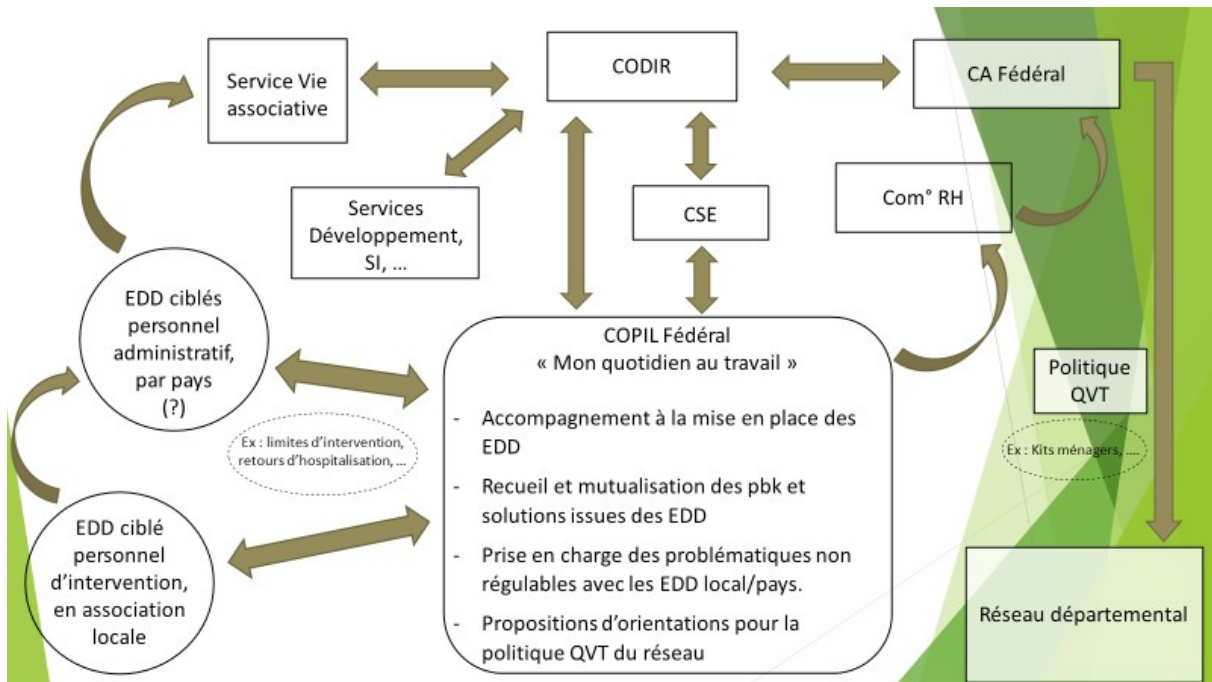


Figure 5.5 : Proposition de structuration des EDD au sein du réseau

Pour rappel, l'organigramme de la fédération est présenté au point 4.4.3 si besoin.

Le fonctionnement de cette proposition de structuration était le suivant :

- Les EDD au niveau local, ciblés AD, ont pour vocation la régulation du travail des aides à domicile et de l'activité conjointe entre AD et administratifs. Leur fonctionnement serait calqué sur celui des EDD expérimentés durant la recherche-intervention. Ils régulent ce qu'il peuvent et transmettent les problématiques non réglées à deux instances, les EDD ciblés personnels administratifs et le COFIL fédéral.
- Les EDD ciblés personnels administratifs ont pour vocation la régulation du travail des administratifs, y compris la régulation des problématiques non résolues dans les EDD locaux. Leur organisation concrète est à définir, mais pourrait par exemple réunir les encadrantes d'un pays et leur responsable hiérarchique (CTP) en tant qu'animateur. Ils régulent ce qu'ils peuvent et transmettent les problématiques non réglées à deux instances, le service vie associative et le COFIL fédéral.

- Le service vie associative regroupant les CTP et la direction, prend en charge les problématiques qui sont arrivées jusqu'à lui, donc non régulées jusqu'alors, ou les délègue au CODIR.
- Le COPIL fédéral, comme suggéré sur le schéma, a un rôle central dans la prise en charge de la santé au travail au sein du réseau, à plusieurs titres détaillés ci-après. Il doit notamment garantir une certaine cohérence en rassemblant des membres de toutes les instances présentées sur le schéma. Il est en lien avec le CODIR et avec le CSE fédéral. En tant qu'émanation de la commission RH fédérale, il peut lui soumettre directement ses propositions. À son tour, la commission pourra soumettre ces propositions au CA fédéral, lui-même en mesure de faire des propositions à l'ensemble du réseau via l'AG départementale.

5.2.4.1.2. Le nouveau COPIL fédéral

Comme expliqué ci-avant, le COPIL occupe un rôle central de coordination des questions de santé au travail (cf figure 5.5).

Il réunit de manière systématique un échantillon des acteurs suivants : AD, ATP, encadrante, CTP, bénévoles administrateurs fédéraux et locaux, psychologue, cheffe de service RH, membres du CSE fédéral.

Et selon les thématiques abordées, il est susceptible d'accueillir : cadres fédéraux, infirmières, TISF, médecins du travail...

Ainsi, en tant qu'(unique) instance composée de représentants de tous les acteurs du réseau, il est à même de faire des propositions en intégrant un maximum de points de vue différents, donc avec une certaine légitimité.

Ses missions sont au nombre de quatre :

- Centraliser et capitaliser les idées/actions issues des EDD
 - Recueillir systématiquement les thèmes travaillés dans les EDD, les actions mises en place et leur évaluation
 - Veiller à la cohérence entre les actions mises en place localement les orientations fédérales
 - Faire des recommandations aux instances décisionnaires concernant le positionnement du réseau sur les questions de santé au travail

- Recevoir et traiter les problématiques non régulées localement
 - Recueillir les points de blocage rencontrés dans les EDD
 - Élaborer un positionnement sur ces points de blocage
 - Ou
 - Solliciter des ressources autres pour y répondre
- Accompagner la mise en place et la pérennisation des EDD
 - Inscrire l'instauration de la discussion sur le travail dans le projet fédéral
 - Sensibiliser les président(e)s
 - Impliquer les CA locaux
 - Former les animateurs et animatrices des EDD
- Assurer un suivi de la santé au travail au sein du réseau
 - Mettre en place une enquête annuelle sur la santé au travail pour l'ensemble des salariés du réseau
 - Superviser le traitement des résultats et les rendre disponibles en interne comme en externe

5.2.4.2. Apports de la collaboration avec la RQHSE

À partir de son arrivée dans le réseau, en avril 2020, nous avons collaboré étroitement, d'abord pour qu'elle soit en mesure de reprendre le projet à la fin de la recherche-intervention et d'autre part pour continuer à poser ensemble les bases d'une pérennisation du dispositif.

5.2.4.2.1. Mise en place d'une formation interne à l'animation des EDD

La RQHSE et l'intervenant extérieur sont d'abord partis du constat que l'apprentissage de la prise en charge de l'animation des EDD, telle que conçue dans le dispositif, était un processus exigeant.

Durant le projet de recherche-intervention, ce processus s'est étalé dans la durée, au gré de l'expérimentation et des évolutions du dispositif.

L'idée pour pouvoir déployer les EDD au sein du réseau a été de créer une formation interne. C'est la RQHSE qui s'est chargée de créer le déroulé pédagogique ([annexe 5.10](#)) et le support de formation, à partir de nos conseils sur le dispositif et l'étayage théorique des EDD,

ainsi que de ses propres recherches et expériences. D'autre part, nous avons soumis aux encadrantes les premières versions du déroulé pédagogique lors de la dernière réunion « encadrantes participatives » (novembre 2020), afin de bénéficier de leurs retours.

La formation repose sur les axes suivants :

- Observer un EDD réalisé en autonomie dans une association du réseau et échanger avec l'encadrante en position d'animation.
- Situer la place des EDD au sein du réseau et leur rôle dans la prise en charge de la santé au travail.
- Apprendre à utiliser la méthode d'analyse et de résolution de problème.
- Apprendre à animer un EDD.
- Organiser un EDD.

5.2.4.2.2. Initiation d'un partenariat avec l'ARACT Bretagne

Forte de ses expériences passées, la RQHSE a su mobiliser une ressource de taille pour accompagner le réseau dans le déploiement du dispositif : l'ARACT Bretagne.

Il a été convenu après plusieurs échanges que cet accompagnement viserait le suivi spécifique de deux éléments identifiés comme particulièrement délicats :

- Les rouages de la subsidiarité, notamment concernant le rôle du COPIL
- L'interaction du dispositif avec la question de la surcharge des personnels administratifs

5.2.4.3. Validation des propositions

L'AG départementale de la fédération ADMR d'Ille-et-Vilaine a validé le 18 juin 2021 les propositions présentés précédemment : Organisation d'EDD distribués au sein du réseau ; Reformation du nouveau COPIL fédéral QVT ; Accompagnement par l'ARACT Bretagne.

Partie III – Évaluation du dispositif de discussion et étude de la santé au travail des aides à domicile

Dans la partie précédente, nous avons détaillé le contexte organisationnel de la recherche-intervention, ainsi que les conditions de mise en place et les caractéristiques opérationnelles du dispositif de discussion expérimenté.

Pour évaluer ce dispositif et approfondir la compréhension de la santé au travail des aides à domicile, nous avons utilisé une méthode mixte. Le chapitre 6 présente une analyse quantitative basée sur une étude par questionnaire. Le chapitre 7 expose une analyse qualitative fondée principalement sur des entretiens collectifs et le contenu des échanges dans les EDD.

Chapitre 6. Analyse quantitative de l'impact du dispositif et de la santé au travail des aides à domicile

Ce chapitre décrit la construction et les résultats d'une enquête quantitative visant à analyser l'impact du dispositif et la santé au travail des aides à domicile. Pour rappel, les hypothèses suivantes ont été posées au point 3.1 :

H1 : La mise en place d'un dispositif de discussion sur le travail permet, en accroissant les ressources professionnelles et diminuant les exigences professionnelles, de protéger et développer la santé au travail des AD, conduisant à une amélioration des résultats organisationnels.

H2 : Les exigences et ressources participent à déterminer la santé au travail, qui à son tour participe à prédire les résultats organisationnels.

Pour tester ces hypothèses, nous nous intéressons aux concepts suivants, organisés selon notre adaptation du modèle JD-R (cf figure 6.1) :

- Les demandes psychologiques évaluent les exigences professionnelles.
- La collaboration, la proactivité, la qualité perçue et la reconnaissance évaluent les ressources professionnelles.

- L'épuisement professionnel représente la dégradation de la santé au travail.
- Le bien-être psychologique évalue le développement de la santé au travail.
- L'intention de quitter le poste évalue les résultats organisationnels.

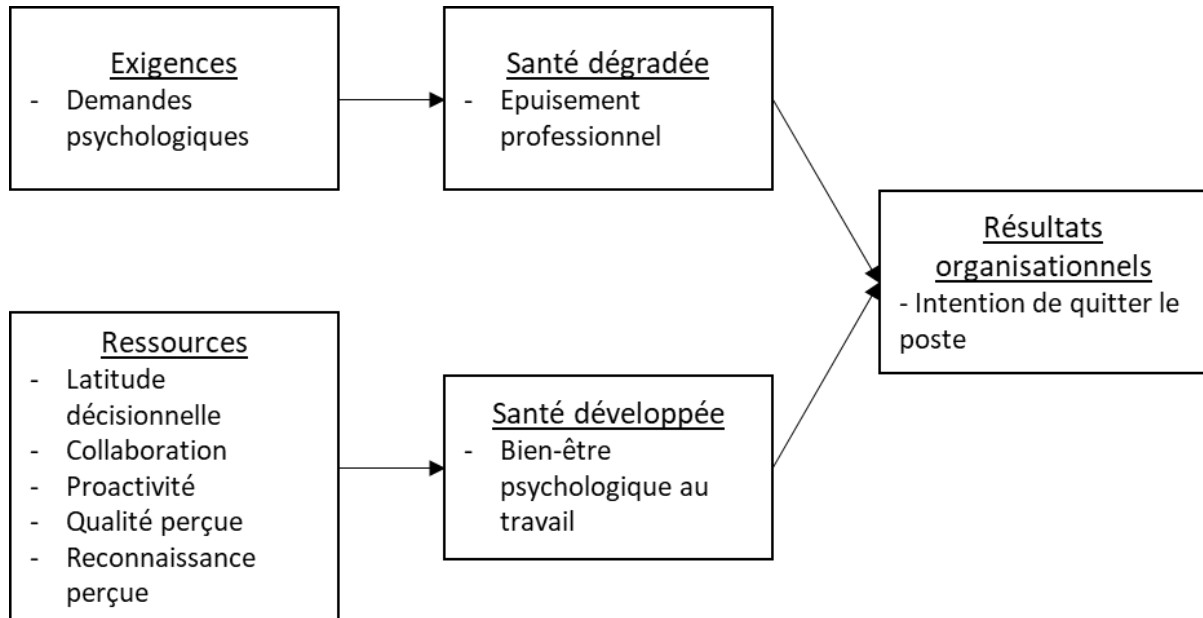


Figure 6.1 : Adaptation libre du modèle JD-R selon les concepts mesurés

6.1. Méthodologie

6.1.1. Matériel

6.1.1.1. Choix des échelles de mesure

Les facteurs psychosociaux

Le Job Content Questionnaire (JCQ) (Karasek, 1979), issu du modèle du « job strain », postule que la tension psychologique au travail résulterait de la combinaison de deux facteurs, les demandes psychologiques (DP) et la latitude décisionnelle (LD).

L'instrument utilisé comprend un total de 18 items ayant comme modalités de réponse une échelle de Likert en 4 points allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 4 (Tout à fait d'accord).

Les demandes psychologiques sont évaluées par 9 items, dont un item inversé. Pour exemple, on y trouve l'item « Mon travail me demande de travailler très vite ».

La latitude décisionnelle est évaluée par 9 items également (dont 2 inversés), mais subdivisée en deux dimensions, le développement et l'utilisation des compétences (6 items) et l'autonomie décisionnelle (3 items). Le calcul du score global de latitude décisionnelle est pondéré pour compenser le déséquilibre dans le nombre d'items attribués à chaque dimension. Pour exemple, on y trouve l'item « Mon travail me permet de prendre souvent des décisions moi-même » (autonomie), ou encore « J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles » (compétences).

Une personne est en situation de job strain, ou travail « tendu », quand elle montre à la fois un score de demandes psychologiques supérieur à la médiane, et un score de latitude décisionnelle inférieur à la médiane.

Lorsque demandes et latitude sont toutes deux inférieures à la médiane, l'individu est en situation dite de travail « passif ». Dans le cas où toutes deux sont élevées, l'individu est dit en travail « actif ». Enfin, si les demandes sont inférieures à la médiane et la latitude supérieure à la médiane, l'individu est considéré en travail « détendu ».

La version française de cette échelle a largement été utilisée et validée (DARES, 2003, 2016 ; Niedhammer et al., 2006).

Le travail collaboratif

Chiocchio et collaborateurs (2012a, 2012b) ont construit un instrument visant à mesurer le travail collaboratif dans les équipes. Il a été créé et validé en contexte francophone, bien que la publication soit en anglais, nous avons donc utilisé la version française des auteurs.

La collaboration (Coll) étant définie comme la mise en interaction, appropriée en fonction des situations, de quatre processus : la communication d'équipe (TC), soit le partage d'informations, d'idées et de feedbacks (5 items) ; la synchronicité (SY), soit la réalisation des tâches de façon temporellement cohérente entre individus (3 items) ; la coordination explicite (EC), soit les échanges d'informations sur les rôles tâches respectives (3 items) ; la coordination implicite (IC), soit l'anticipation et l'adaptation aux besoins des autres membres (3 items). L'instrument a été validé de façon à pouvoir utiliser à la fois un score par dimension et un score global.

Cet outil comprend 14 items ayant pour modalités de réponse des échelles de Likert en 7 points allant de 1 (Jamais) à 7 (Constamment), complétant l'énoncé « Mes collègues et moi... ». Pour exemple, on y trouve les items « ... on se transmet des informations utiles pour faire avancer le travail. » (communication) ou bien « ... on anticipe nos besoins mutuels sans avoir à les exprimer. » (coordination implicite).

La proactivité

Griffin et collaborateurs (2007) ont développé, dans le cadre d'un outil d'évaluation de la performance, une échelle mesurant la proactivité au travail à trois niveaux : au niveau de la tâche individuelle (IP) (3 items), soit le degré d'engagement dans des comportements visant à transformer son activité ou ses situations de travail ; au niveau de l'équipe de travail (TP) (3 items), soit les comportements visant à faire évoluer le fonctionnement ou les situations rencontrées par l'équipe ; au niveau organisationnel (3 items), soit les comportements visant à changer l'organisation ou sa manière de fonctionner.

Au vu du contexte de l'aide à domicile et attendu qu'il semble peu probable que les AD s'engagent dans des comportements orientés vers le niveau organisationnel, nous avons retenu les niveaux individuel et équipe uniquement.

Cet instrument a pour modalités de réponse des échelles de Likert en 5 points allant de 1 (Jamais) à 5 (Très souvent). Nous avons utilisé la version traduite par Chiochio et collaborateurs (2012b). Pour exemple, on y trouve les items « Je mets en place de meilleures façons de réaliser mes tâches principales » (proactivité niveau individuel) et « Je propose des moyens pour rendre mes collègues plus efficaces » (proactivité niveau équipe).

La qualité perçue

Nous souhaitons mesurer le degré avec lequel les salariées ont la perception de pouvoir réaliser un travail de qualité (Qual), un travail « bien fait », considérant que c'est un élément constitutif du développement de la santé au travail. Nous souhaitons également interroger le degré de partage des représentations du travail bien fait, renvoyant à la notion de collectif de travail. Nous n'avons pas trouvé d'échelle permettant cela et avons par conséquent créé un instrument contenant 6 items supposément répartis en trois dimensions :

Possibilité de faire du travail de qualité :

- « En général, j'ai la possibilité de faire un travail de qualité auprès des usagers. »
- « Je n'ai pas de moyens suffisants (matériel, temps, informations) pour bien faire mon travail. » (item inversé)

Représentation partagée de la qualité :

- « Mes collègues et moi ne sommes pas toutes d'accord sur comment faire le travail au domicile des usagers. » (item inversé)
- « Mes collègues et moi avons la même notion du travail bien fait. »
- « Mes collègues et moi avons le même objectif lorsque nous allons au domicile des personnes aidées. »

Rôle de la collaboration dans l'obtention d'un travail de qualité :

- « Le fait d'échanger et de collaborer avec mes collègues m'aide à bien faire mon travail. »

Cet instrument a pour modalité de réponse des échelles de Likert en 5 points allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 5 (Tout à fait d'accord). Ses propriétés psychométriques n'ont pas été mises à l'épreuve en amont de son utilisation. Nous avons néanmoins dans l'idée d'utiliser un score global.

La reconnaissance perçue

Nous avons évalué la perception de reconnaissance (Reco) provenant de 5 catégories de personnes : les collègues, l'encadrement, les bénévoles, les ATP et les PA.

Pour ce faire, un item a été utilisé pour chaque catégorie, tel que « Vous sentez-vous reconnue dans votre travail par vos collègues ? ». La modalité de réponse était une échelle de Likert en 11 points allant de 0 (Pas du tout reconnue) à 10 (Très reconnue).

Les réponses aux cinq questions sont moyennées pour créer un score de reconnaissance globale.

Le bien-être psychologique au travail

Le bien-être psychologique au travail (BE) a été évalué grâce à l'Indice de Bien-Être Psychologique au Travail (IBEPT) construit et validé par Dagenais Desmarais (2010). Le bien-être y est composé de 5 dimensions, chacune évaluée par 5 items : l'adéquation interpersonnelle au travail (Ade), soit la perception d'interactions positives (« J'apprécie les gens avec qui je travaille. ») ; l'épanouissement au travail (Epa), soit la perception de faire un travail ayant du sens (« Je suis fier(e) de l'emploi que j'occupe. ») ; le sentiment de compétence au travail (Comp), soit la perception de disposer des compétences nécessaires à la maîtrise des tâches réalisées (« J'ai confiance en moi au travail. ») ; la volonté d'engagement au travail (Vol), soit le désir de contribuer au bon fonctionnement de l'organisation (« J'ai envie de prendre des initiatives dans mon travail. ») ; la reconnaissance perçue au travail (Rec), soit la sensation d'être apprécié au sein de l'organisation (« Je sens que mon travail est reconnu. »). L'instrument a été validé de façon à pouvoir utiliser à la fois un score par dimension et un score global.

Cet instrument se base sur des échelles en 6 points allant de 0 (En désaccord) à 5 (Tout à fait en accord).

L'épuisement professionnel

La version française du Shirom-Melamed Burnout Measure (Shirom & Melamed, 2006 ; Sassi & Neveu, 2010) a été utilisée pour mesurer l'épuisement professionnel (EP). L'instrument comporte 14 items représentant 3 dimensions : la fatigue physique (FP), soit

l'abattement physiquement ressenti (« Je me sens physiquement vidé(e) ») ; la lassitude cognitive (LC), soit la fatigue ressentie au niveau des capacités intellectuelles (« J'ai du mal à me concentrer. ») ; l'épuisement émotionnel (EE), soit l'épuisement des ressources émotionnelles utiles au lien à l'autre (« Je me sens incapable de ressentir les besoins de mes collègues et des personnes aidées. »). L'instrument a été validé de façon à pouvoir utiliser à la fois un score par dimension et un score global.

L'instrument a pour modalité de réponse des échelles de Likert en 7 points allant de 1 (Jamais) à 7 (Toujours).

L'intention quitter le poste

L'intention de quitter le poste (Turn) a été mesurée par un unique item sur une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (Jamais) à 5 (Très souvent) : « En ce moment, il m'arrive de penser à quitter mon travail. »

6.1.1.2. Pré-test et adaptation des items au contexte

Le questionnaire ([annexe 6.1](#)) a été pré-testé auprès de cinq aides à domicile. Quatre d'entre elles ont fait des retours écrits, portant sur le temps de remplissage, leurs incompréhensions ou les questions inadaptées à leur contexte. Pour l'une d'elle, le retour s'est fait par échange téléphonique.

Quelques adaptations ont été opérées pour certains items, principalement au sein des échelles de collaboration, de bien-être et d'épuisement professionnel.

Pour l'IBEPT, les références à « mon organisation » ont été remplacées par « mon association » et les références à « les gens de mon travail » ont été remplacées par « les gens de mon association ». D'autre part, le terme « les gens » est ressorti comme ambiguë, les AD ne sachant pas s'il s'agissait des collègues, du personnel administratif ou des personnes aidées. Nous avons fait le choix de laisser ce terme ainsi, puisque préciser nous aurait conduit à opérer un choix quant à la cible des questions, or nous préférons rester le plus général possible.

Pour le SMBM, il s'agissait plus simplement de remplacer « mes patients » par « les personnes aidées ».

Les AD ayant effectué le pré-test ont également exprimé qu'il leur était difficile de répondre à certaines questions de l'échelle de collaboration, du fait d'une inadaptation à leur contexte de travail, notamment concernant la synchronicité temporelle. En outre, la formulation des questions à la première personne du pluriel (« nous ») a été remplacée par la troisième personne du singulier (« on »), pour simplifier la compréhension des items.

6.1.1.3. Données organisationnelles

Pour compléter la mise à l'épreuve de nos hypothèses, nous avons pour objectif d'utiliser des données organisationnelles telles que l'absentéisme, le turnover et la satisfaction des PA.

Toutefois, plusieurs raisons nous ont conduit, à regret, à ne pas utiliser ces données organisationnelles : le faible nombre d'observations à notre disposition (16 associations) ; un intervalle temporel réduit (2017-2019) du fait des données 2020 inutilisables sachant les perturbations liées à la crise sanitaire ; les enquêtes de satisfaction ont changé en cours de recherche-intervention ; certaines données (absentéisme, turnover) se sont avérées difficiles à obtenir et semblent peu fiables, du fait de l'externalisation de leur gestion à un service informatique prestataire ; les distributions de ces différentes données sont soit erratiques (absentéisme, turnover), soit de variance fortement inégale entre les deux groupes expérimentaux (enquête de satisfaction).

Effectuer des analyses statistiques sur des données aussi chaotiques ne nous semblant pas particulièrement pertinent, nous y avons donc renoncé.

6.1.1.4. Opérationnalisation des hypothèses

Nos deux hypothèses s'opérationnalisent comme suit :

H1 – Évaluation de l'impact de l'intervention

H1a : au fil du temps, les demandes psychologiques diminueront de manière plus importante dans le groupe test que dans le groupe contrôle.

H1b : au fil du temps, la latitude décisionnelle augmentera de manière plus importante dans le groupe test que dans le groupe contrôle.

H1c : au fil du temps, la collaboration augmentera de manière plus importante dans le groupe test que dans le groupe contrôle.

H1d : au fil du temps, la proactivité augmentera de manière plus importante dans le groupe test que dans le groupe contrôle.

H1e : au fil du temps, la qualité perçue augmentera de manière plus importante dans le groupe test que dans le groupe contrôle.

H1f : au fil du temps, la reconnaissance augmentera de manière plus importante dans le groupe test que dans le groupe contrôle.

H1g au fil du temps, l'épuisement professionnel diminuera de manière plus importante dans le groupe test que dans le groupe contrôle.

H1h au fil du temps, le bien-être augmentera de manière plus importante dans le groupe test que dans le groupe contrôle.

H1i au fil du temps, l'intention de quitter son poste diminuera de manière plus importante dans le groupe test que dans le groupe contrôle.

H2 – Test des liens entre antécédents, indicateurs de santé et résultats organisationnels

H2a : les demandes psychologiques favorisent l'épuisement professionnel des aides à domicile.

H2b : la latitude décisionnelle favorise le bien-être psychologique au travail des aides à domicile.

H2c : la collaboration favorise le bien-être psychologique au travail des aides à domicile.

H2d : la proactivité favorise le bien-être psychologique au travail des aides à domicile.

H2e : la qualité perçue favorise le bien-être psychologique au travail des aides à domicile.

H2f : la reconnaissance favorise le bien-être psychologique au travail des aides à domicile.

H2g : l'épuisement professionnel augmente l'intention de quitter le poste.

H2h : le bien-être psychologique au travail diminue l'intention de quitter le poste.

6.1.2. Procédure

Le questionnaire a été administré à quatre reprises espacées chacune d'environ 6 mois, entre mars 2018 et janvier 2020. Le tableau 6.1 résume l'organisation temporelle de l'administration des questionnaires, telle que prévue initialement.

Un système de codage a été mis en place de façon à pouvoir identifier les salariées d'un temps de réponse à l'autre, tout en conservant leur anonymat. À chaque temps de mesure, l'ensemble des salariées présentes a été invité à remplir le questionnaire, même celles qui étaient absentes lors de distributions précédentes. Toutes les réponses ont été prises en compte, y compris pour les salariées présentes à un seul temps de mesure.

Tableau 6.1 : *Organisation temporelle initiale de l'administration des questionnaires santé au travail*

	Début du projet	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois	30 mois
1 ^{ère} cohorte (n=12)		T1	T2	T3	T4	
2 ^{ème} cohorte (n=4)			T1	T2	T3	T4

Les questionnaires ont été administrés aux salariées en direct, lors d'une réunion plénière au sein de chaque association, pour T1, T3 et T4. À T2, il leur a été donné un délai de deux semaines pour remplir les questionnaires et les retourner dans une urne garantissant l'anonymat, au sein de leur association.

Après une présentation du projet de recherche (T1) ou de brefs retours sur l'avancement du projet (T2-T4), les salariées ont bénéficié d'une quarantaine de minutes pour remplir leur questionnaire. Nous leur avons donné les consignes classiques (liberté de ne pas répondre, il n'y a pas de mauvaise réponse, répondre individuellement et le plus spontanément possible...) et sommes resté à leur disposition pour d'éventuelles question

pendant le remplissage. À T1, une fois les questionnaires recueillis, les résultats de l'enquête de 2015 (cf point 4.5) leur ont été présentés.

Les taux d'exploitabilité, soit le nombre de réponses utilisables pour le nombre total de réponses recueillies, est en moyenne de 95.4 %. La représentativité, soit le nombre de réponses utilisables pour nombre total de salariées embauchées par les associations, est en moyenne de 63.3 %. Ces éléments descriptifs sont détaillés dans le tableau 6.2.

Tableau 6.2 : Nombre de réponses exploitables, taux d'exploitabilité et représentativité pour chaque temps de mesure

	T1	T2	T3	T4	Total
Modalité de remplissage	Direct	Distance	Direct	Direct	-
Nombre de réponses exploitables	513	391	489	312	1705
Pour le groupe contrôle	254	172	231	131	788
Pour le groupe test	259	219	258	181	917
Part de chaque temps dans le total de réponses exploitable	30.1 %	22.9 %	28.7 %	18.3 %	100 %
					Moyenne
Taux d'exploitabilité	93.1 %	95.4 %	96.6 %	96.3 %	95.4 %
Représentativité	71 %	53 %	67 %	62 %	63.3 %

6.1.3. Participantes

Pour les deux groupes confondus à T1, les répondantes sont à 95.3 % des femmes (489 femmes et 24 hommes) âgé(e)s de 19 à 64 ans (M=43.8 ; ET=11.8). 71.1 % sont mariées ou en couple et 82.0 % ont des enfants. Au niveau de la qualification, 6.3 % n'ont aucun diplôme, 34.0 % ont un diplôme de niveau 3 (CAP, BEP ou équivalent), 13.6 % sont détentrices du Baccalauréat, 10.7 % du titre Assistante De Vie aux Familles (ADVF) et 31.2 % du DEAVS (ou équivalent, CAFAD ou DEAES). 95.5 % sont employées en CDI et 76.9 % travaillent à temps partiel. L'ancienneté au poste varie de 1 mois à 40 ans (M=9 ans ; ET=7.68 ans).

Le tableau 6.3 présente les caractéristiques de l'échantillon pour chaque groupe sur les quatre temps de mesure.

Tableau 6.3 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Temps	T1		T2		T3		T4	
Groupe	CTRL	TEST	CTRL	TEST	CTRL	TEST	CTRL	TEST
Âge								
M(ET)	43.5 (11.7)	44.1 (11.9)	43.4 (11.2)	43.9 (11.6)	43.4 (11.9)	44.5 (11.4)	43.8 (11.5)	44.7 (11.4)
[min ; max]	[19 ; 64]	[19 ; 64]	[19 ; 65]	[19 ; 64]	[20 ; 65]	[19 ; 63]	[20 ; 61]	[18 ; 66]
Sexe								
Femme	93.3%	97.3%	98.3%	97.3%	98.3%	97.7%	96.9%	97.2%
Homme	6.7%	2.7%	1.7%	2.7%	1.7%	2.3%	3.1%	2.8%
Situation familiale								
Marié / en couple	70,0%	72,3%	76,2%	78,0%	70,6%	72,8%	70,0%	73,6%
Autre	30,0%	27,7%	23,8%	22,0%	29,4%	27,2%	30,0%	26,4%
Enfants								
Oui	82,3%	81,7%	81,4%	83,0%	78,8%	82,8%	79,7%	78,5%
Non	17,7%	18,3%	18,6%	17,0%	21,2%	17,2%	20,3%	21,5%
Diplôme								
Aucun	7,9%	4,7%	6,0%	5,7%	7,9%	4,8%	6,3%	7,5%
De niveau 3	35,3%	32,7%	36,5%	32,1%	34,9%	30,2%	52,0%	35,1%
Baccalauréat	14,3%	13,0%	11,4%	13,2%	12,2%	13,5%	11,0%	14,4%
ADVF	9,5%	11,8%	7,8%	9,0%	8,7%	13,1%	7,9%	7,5%
DEAVS	29,8%	32,7%	30,5%	34,9%	27,9%	29,4%	15,0%	26,4%
Contrat de travail								
CDI	95,6%	95,3%	96,5%	97,2%	93,5%	95,3%	96,2%	96,7%
CDD	4,4%	4,7%	3,5%	2,8%	6,5%	4,7%	3,8%	3,3%
Temps de travail								
Plein	31,5%	14,9%	32,5%	15,4%	32,0%	16,7%	35,9%	15,6%
Partiel	68,5%	85,1%	67,5%	84,6%	68,0%	83,3%	64,1%	84,4%
Ancienneté au poste en années								
M(ET)	9.25 (7.60)	8.75 (7.77)	8.83 (7.43)	8.58 (7.69)	9.75 (8.13)	9.33 (8.10)	9.50 (7.47)	9.67 (7.69)
[min ; max]	[.08 ; 36]	[.08 ; 40]	[0 ; 36.50]	[0 ; 37]	[.08 ; 38]	[.08 ; 37.58]	[.08 ; 36]	[.08 ; 38]

À T1, Les deux groupes expérimentaux ont des caractéristiques sociodémographiques semblables. Nous pouvons noter une répartition quelque peu différente en terme de temps de travail, le groupe contrôle ayant une proportion notablement plus élevée de temps plein (31,5 % contre 14,9 % pour le groupe test).

D'autre part, les caractéristiques sociodémographiques sont relativement stables dans le temps, excepté éventuellement à T4 qui a connu une forte mortalité expérimentale et se distingue par une répartition différente des diplômes des participant(e)s.

Dans cette partie sociodémographique, deux questions portent sur la fréquence perçue des changements de planning (tableau 6.4). La première interroge les changements de planning concernant les horaires d'intervention, la seconde concerne les changements de lieu d'intervention.

Tableau 6.4 : Fréquence perçue des changements de planning

Temps	T1		T2		T3		T4	
Groupe	CTRL	TEST	CTRL	TEST	CTRL	TEST	CTRL	TEST
Changements de planning (horaire)								
Jamais	0,8%	1,2%	1,8%	0,5%	0,9%	2,0%	1,5%	0,6%
Occasionnellement	44,0%	38,8%	46,8%	43,1%	50,4%	41,7%	47,7%	42,7%
Régulièrement	55,2%	60,0%	51,5%	56,5%	48,7%	56,3%	50,8%	56,7%
Changements de planning (lieu)								
Jamais	2,8%	3,9%	4,1%	5,5%	4,8%	6,0%	3,1%	3,4%
Occasionnellement	57,7%	53,1%	62,6%	57,5%	61,6%	54,0%	65,9%	54,2%
Régulièrement	39,5%	43,0%	33,3%	37,0%	33,6%	40,1%	31,0%	42,5%

Les réponses sont, là aussi, très semblable d'un groupe à l'autre et au fil du temps : les changements de plannings sont majoritairement perçus comme occasionnels ou réguliers.

6.2. Analyses statistiques préliminaires

Après avoir vérifié que l'échantillon était relativement semblable d'un temps de mesure à l'autre, et par souci de concision, nous faisons le choix de ne présenter les analyses préliminaires que pour T1. En outre, ce premier temps de mesure permet de rassembler les deux groupes expérimentaux, puisqu'il prend place avant le début de l'intervention. Il nous offre ainsi un échantillon plus conséquent pour réaliser les traitements préliminaires, et sans biais d'habitation aux échelles.

6.2.1. Contrôles préparatoires

Après observation de la distribution des scores de chaque mesure principale nous décidons de conserver la totalité de l'échantillon, aucune réponse ne semblant aberrante.

Concernant les écarts à la normalité :

Les distributions des réponses sur les variables demandes psychologiques, latitude décisionnelle, collaboration, proactivité et qualité perçue sont assez proches d'une loi normale.

On observe une asymétrie négative pour la reconnaissance et le bien-être psychologique au travail. L'asymétrie est particulièrement prononcée pour ce dernier, les scores tendant à plafonner sur plusieurs de ses dimensions.

L'épuisement professionnel présente quant à lui une distribution avec asymétrie positive, les scores étant plutôt massés vers les valeurs les plus faibles.

L'intention de quitter le poste (unique item ordinal), présente une distribution très plate, en légère asymétrie positive.

Les indicateurs d'aplatissement et d'asymétrie ([annexe 6.2](#)) sont globalement bien compris entre -1 et 1.

6.2.2. Qualités psychométriques des échelles

Sur la population étudiée, les échelles montrent des qualités psychométriques assez variables. Les résultats des analyses factorielles confirmatoires sont présentés dans le tableau 6.5, et les fiabilités avec la matrice des corrélations, dans le tableau 6.5.

Tableau 6.5 : Indicateurs d'ajustement des analyses factorielles confirmatoires pour T1

	Chi-2	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
Facteurs psychosociaux					
2 facteurs	$\chi^2(134)=552$	.77	.74	.08	.08
Collaboration					
1 facteur	$\chi^2(77)=1101$	.97	.94	.03	.08
4 facteurs	$\chi^2(71)=390$	.91	.89	.08	.09
Proactivité					
2 facteurs	$\chi^2(8)=37.1$	.97	.94	.03	.08
Qualité perçue					
1 facteur	$\chi^2(9)=60.8$	.84	.73	.06	.11
3 facteurs	$\chi^2(7)=28.1$	.94	.86	.04	.08
Reconnaissance					
1 facteur	$\chi^2(5)=22.3$	.98	.97	.03	.08
Bien-être au travail					
1 facteur	$\chi^2(275)=1864$	.70	.67	.08	.11
5 facteurs	$\chi^2(265)=993$	.86	.85	.06	.07
Épuisement professionnel					
1 facteur	$\chi^2(77)=1724$	.69	.47	.12	.20
3 facteurs	$\chi^2(74)=289$	.96	.95	.04	.08

Facteurs psychosociaux

L'analyse factorielle confirmatoire montre que la structure en deux facteurs (demandes et latitude) n'est pas bien retrouvée, malgré un chi-2 significatif ($\chi^2(134)=552$; $p<.001$). Les indicateurs d'ajustement du modèle sont très inférieurs au seuil de .90 à .95

(CFI=.77 ; TLI=.74), mais proches des seuils avoisinant .06 à .08 (SRMR=.08 ; RMSEA=.08) conseillés par Hu et Bentler (1999).

La latitude décisionnelle a une fiabilité assez faible au vu du seuil de .70 classiquement utilisé ($\alpha=.60$). Les demandes psychologiques ont une fiabilité satisfaisante ($\alpha=.82$).

Pour effectuer les analyses, nous utiliserons les scores de demandes psychologiques et de latitude décisionnelle, malgré le faible ajustement de cette structure à nos données, puisqu'il s'agit d'une échelle très largement validée et utilisée.

Collaboration

La structure en quatre facteurs de la collaboration est confirmée ($\chi^2(71)=390$; $p<.001$), avec des indicateurs d'ajustement moyennement satisfaisants (CFI=.91 ; TLI=.89 ; SRMR=.08 ; RMSEA=.09). La fiabilité des items regroupés au sein de chaque facteur est satisfaisante, communication d'équipe ($\alpha=.89$), synchronicité ($\alpha=.78$), coordination explicite ($\alpha=.82$) et coordination implicite ($\alpha=.72$).

La structure unifactorielle de la collaboration est peu satisfaisante ($\chi^2(77)=1101$; $p<.001$), (CFI=.71 ; TLI=.66 ; SRMR=.11 ; RMSEA=.16), bien que la fiabilité globale soit très élevée ($\alpha=.90$).

Pour effectuer les analyses, nous utiliserons à la fois le score global et les scores associés aux quatre dimensions.

Proactivité

Les deux facteurs sont retrouvés ($\chi^2(8)=37.1$; $p<.001$) avec de très bons indices d'ajustements (CFI=.97 ; TLI=.94 ; SRMR=.03 ; RMSEA=.08).

La fiabilité de la proactivité au niveau individuel est passable ($\alpha=.69$), celle du niveau équipe est satisfaisante ($\alpha=.79$).

Pour effectuer les analyses, nous utiliserons les scores de proactivité individuelle et de proactivité au niveau équipe.

Qualité perçue

L'analyse factorielle confirmatoire réalisée sur les items de cette échelle créée spécifiquement pour notre étude, valide une structure en trois facteurs ($\chi^2(7)=28.1$; $p<.001$), avec un ajustement relativement satisfaisant (CFI=.94 ; TLI=.86 ; SRMR=.04 ; RMSEA=.08)

La fiabilité de la dimension possibilité est cependant extrêmement faible ($\alpha=.38$), celle de la dimension représentation est également peu satisfaisante ($\alpha=.63$).

La structure unifactorielle est elle aussi validée ($\chi^2(9)=60.8$; $p<.001$), avec un ajustement assez peu satisfaisant (CFI=.84 ; TLI=.73 ; SRMR=.06 ; RMSEA=.106). La fiabilité globale est faible ($\alpha=.55$).

Pour effectuer les analyse, nous choisissons néanmoins ne n'utiliser que le score global, la structure unifactorielle étant plus stable au fil du temps.

Reconnaissance

La structure unifactorielle des cinq items de reconnaissance présente un ajustement excellent ($\chi^2(5)=22.3$; $p<.001$; CFI=.98 ; TLI=.97 ; SRMR=.03 ; RMSEA=.08). Sa fiabilité est également satisfaisante ($\alpha=.84$).

Pour effectuer les analyses, nous utiliserons la moyenne des scores aux cinq items de reconnaissance.

Bien-être psychologique au travail

L'échelle voit sa structure en 5 facteurs confirmée ($\chi^2(265)=993$; $p<.001$) et ses indicateurs d'ajustement sont moyennement satisfaisants (CFI=.86 ; TLI=.85 ; SRMR=.06 ; RMSEA=.07).

La fiabilité de chaque dimension est satisfaisante, l'adéquation ($\alpha=.80$), l'épanouissement ($\alpha=.88$), la compétence ($\alpha=.79$), la reconnaissance ($\alpha=.77$), la volonté d'engagement ($\alpha=.71$).

La structure unifactorielle est aussi retrouvée ($\chi^2(275)=1864$; $p<.001$), avec un ajustement peu satisfaisant (CFI=.70 ; TLI=.67 ; SRMR=.08 ; RMSEA=.106). Sa fiabilité globale est néanmoins très élevée ($\alpha=.92$).

Pour effectuer les analyses, nous utiliserons à la fois le score global et les scores associés aux cinq dimensions.

Épuisement professionnel

La structure en trois facteurs est confirmée ($\chi^2(74)=289$; $p<.001$) avec des indicateurs d'ajustement satisfaisants (CFI=.96 ; TLI=.95 ; SRMR=.04 ; RMSEA=.08).

Cet instrument montre une fiabilité élevée pour la fatigue physique ($\alpha=.91$) ainsi que la lassitude cognitive ($\alpha=.94$) et satisfaisante pour l'épuisement émotionnel ($\alpha=.76$).

La structure unifactorielle est aussi retrouvée ($\chi^2(77)=1724$; $p<.001$), mais avec un ajustement très faible (CFI=.69 ; TLI=.47 ; SRMR=.12 ; RMSEA=.204), malgré une fiabilité très élevée ($\alpha=.92$).

Pour effectuer les analyses, nous utiliserons à la fois le score global et les scores associés aux trois dimensions.

6.2.3. Analyses descriptives et corrélationnelles

6.2.3.1. Description des scores

6.2.3.1.1. Description de l'échantillon total à T1

Nous observons des scores plutôt moyens sur l'ensemble des échelles, les minimum et maximum théoriques sont rappelés entre crochets pour chacune.

Facteurs psychosociaux [1-4]

Les demandes psychologiques (M=2.55 ; ET=.49) sont peu élevées, la latitude décisionnelle (M=2.88 ; ET=.34) légèrement plus.

Collaboration [1-7]

La collaboration globale (M=4.01 ; ET=.94), et ses dimensions communication d'équipe (M=4.02 ; ET=1.19) et coordination implicite (M=4.05 ; ET=1.16) sont moyennes. La synchronicité est légèrement plus élevée (M=4.89 ; ET=1.11) et la coordination explicite un peu plus faible (M=3.09 ; ET=1.25), ces deux dimensions sont donc séparées de plus d'un point.

Proactivité [1-5]

La proactivité individuelle (M=3.52 ; ET=.67) est presque un point supérieure à la proactivité au niveau de l'équipe (M=2.77 ; ET=.81), bien que toutes deux se situent vers le milieu de l'échelle.

Qualité perçue [1-5]

Les scores de qualité perçue (M=3.37 ; ET=.64) sont plutôt moyens également. À titre indicatif, il nous semble intéressant de noter que les deux items aux scores les plus extrêmes sont la possibilité de faire un travail de qualité (M=3.95 ; ET=.80) et le manque de moyens pour bien faire son travail (M=2.81 ; ET=1.18). Les professionnelles estiment donc avoir généralement la possibilité de fournir un travail de qualité, tout en n'ayant pas assez de moyens pour bien faire leur travail.

Reconnaissance perçue [0-10]

La reconnaissance perçue (M=6.65 ; ET=1.64) est un peu au-dessus du milieu de l'échelle. La reconnaissance la plus faible est celle associée aux bénévoles (M=5.95 ; ET=2.32) avec néanmoins la dispersion la plus élevée. La reconnaissance la plus forte provient des personnes aidées (M=7.66 ; ET=1.82) et montre la plus petite dispersion. Entre les deux, la reconnaissance de l'encadrement et celle des ATP sont similaires (M=6.54 ; ET=2.12 ; ET=2.19) et légèrement supérieures à celle des collègues (M=6.38 ; ET=1.96).

Bien-être psychologique au travail [0-5]

Le bien-être (M=3.87 ; ET=.67) est plutôt élevé. Ses dimensions se distribuent ainsi, par ordre croissant : la reconnaissance (M=3.33 ; ET=1.01) obtient le score le plus faible, suivie de la volonté d'engagement dans l'association (M=3.60 ; ET=.86), puis de l'adéquation interpersonnelle (M=3.96 ; ET=.81), pour finir avec l'épanouissement (M=4.11 ; ET=.91) et le très élevé sentiment de compétence (M=4.37 ; ET=.62).

Épuisement professionnel [1-7]

L'épuisement (M=2.89 ; ET=1.00) est faible dans l'échantillon, particulièrement sur les dimensions de lassitude cognitive (M=2.56 ; ET=1.17) et d'épuisement émotionnel (M=2.23 ; ET=1.05). La fatigue physique est plus élevée, bien que faible également (M=2.89 ; ET=1.28).

Intention de quitter le poste [1-5]

Les salariées pensent relativement peu souvent à quitter leur travail (M=2.63 ; ET=1.31).

6.2.3.1.2. Description des deux groupes expérimentaux de T1 à T4

Le tableau 6.6 présente les scores à T1 obtenus par chaque groupe expérimental. Les scores moyens des deux groupes sont très similaires. Seule la latitude décisionnelle est significativement différente d'un échantillon à l'autre ($t(441)=-2.33$; $p=.020$), mais avec un écart très faible de $|.07|$.

Tableau 6.6 : Description des scores à T1 pour chaque groupe

Variable	M(ET) _{Ctrl}	M(ET) _{test}	Min-Max _{Ctrl}	Min-Max _{Test}
DP [1-4]	2.51 (.50)	2.58 (.47)	1.00-3.89	1.56-3.78
LD [1-4]	2.84 (.33)	2.91 (.34)	1.42-3.67	1.83-3.83
Coll [1-7]	3.96 (.95)	4.06 (.93)	1.00-6.71	1.00-6.71
TC	3.97 (1.16)	4.08 (1.21)	1.00-7.00	1.00-7.00
SY	4.83 (1.12)	4.96 (1.07)	1.00-7.00	1.00-7.00
EC	3.08 (1.26)	3.10 (1.24)	1.00-7.00	1.00-6.67
IC	3.97 (1.17)	4.12 (1.15)	1.00-7.00	1.00-6.67
IP [1-5]	3.49 (.68)	3.56 (.66)	1.00-5.00	1.00-5.00
TP [1-5]	2.77 (.84)	2.76 (.79)	1.00-5.00	1.00-5.00
Qual [1-5]	3.39 (.62)	3.34 (.65)	1.00-4.80	1.40-5.00
Reco [0-10]	6.54 (1.77)	6.75 (1.50)	.20-10.0	1.40-10.0
BE [0-5]	3.88 (.69)	3.87 (.64)	1.39-5.00	.96-5.00
Ade	3.96 (.812)	3.97 (.82)	.40-5.00	1.00-5.00
Epa	4.10 (.943)	4.11 (.89)	.60-5.00	.20-5.00
Comp	4.38 (.623)	4.36 (.62)	2.00-5.00	1.00-5.00
Rec	3.35 (1.08)	3.30 (.93)	.00-5.00	.20-5.00
Vol	3.59 (.855)	3.61 (.86)	.60-5.00	.40-5.00
EP [1-7]	2.94 (1.05)	2.84 (.94)	1.14-6.57	1.00-5.86
FP	3.53 (1.27)	3.42 (1.29)	1.17-7.00	1.00-7.00
LC	2.63 (1.26)	2.49 (1.07)	1.00-7.00	1.00-5.60
EE	2.21 (1.07)	2.25 (1.04)	1.00-6.00	1.00-5.67
Turn [1-5]	2.62 (1.32)	2.64 (1.31)	1-5	1-5

Notes. DP : demandes psychologiques ; LD : latitude décisionnelle ; Coll : collaboration ; TC : communication d'équipe ; SY : synchronicité ; EC : coordination explicite ; IC : coordination implicite ; IP : proactivité individuelle ; TP : proactivité équipe ; Qual : qualité perçue ; Reco : Reconnaissance ; BE : bien-être ; EP : épuisement professionnel ; Turn : intention de quitter le poste. Test : groupe test ; Ctrl : groupe contrôle. Les minimum et maximum théorique sont rappelés entre crochets à côté des noms des variables.

Le tableau 6.7 présente la description des scores moyens par groupe à chaque temps.

Pour les deux groupes, les scores sont assez stables dans le temps, les différences entre T1 et T4 étant de l'ordre du dixième de point.

Tableau 6.7 : Description des moyennes et écarts-types aux différentes échelles, par groupe expérimental, à chaque temps de mesure

Variable	T1		T2		T3		T4	
	CTRL	TEST	CTRL	TEST	CTRL	TEST	CTRL	TEST
DP	2.51 (0.50)	2.58 (0.47)	2.54 (0.54)	2.54 (0.50)	2.58 (0.48)	2.60 (0.46)	2.52 (0.47)	2.65 (0.42)
LD	2.84 (0.33)	2.91 (0.34)	2.86 (0.32)	2.86 (0.32)	2.83 (0.32)	2.87 (0.32)	2.86 (0.29)	2.81 (0.33)
Coll	3.96 (0.95)	4.06 (0.93)	3.96 (0.94)	4.07 (0.99)	3.89 (0.96)	4.14 (1.02)	4.00 (0.94)	3.95 (0.90)
TC	3.97 (1.16)	4.08 (1.21)	3.93 (1.12)	4.08 (1.23)	3.87 (1.18)	4.17 (1.20)	4.00 (1.06)	3.98 (1.14)
SY	4.83 (1.12)	4.96 (1.07)	4.91 (1.11)	4.85 (1.09)	4.82 (1.12)	4.96 (1.06)	4.74 (1.05)	4.75 (1.00)
EC	3.08 (1.26)	3.10 (1.24)	2.96 (1.25)	3.22 (1.26)	2.95 (1.15)	3.24 (1.36)	3.15 (1.26)	3.11 (1.23)
IC	3.97 (1.17)	4.12 (1.15)	4.11 (1.22)	4.20 (1.23)	3.94 (1.25)	4.22 (1.31)	4.09 (1.26)	3.96 (1.10)
IP	3.49 (0.68)	3.56 (0.66)	3.52 (0.66)	3.56 (0.62)	3.53 (0.64)	3.54 (0.67)	3.45 (0.57)	3.42 (0.63)
TP	2.77 (0.84)	2.76 (0.79)	2.82 (0.81)	2.85 (0.88)	2.86 (0.81)	2.91 (0.82)	2.80 (0.71)	2.84 (0.76)
Qual	3.39 (0.62)	3.34 (0.65)	3.42 (0.63)	3.40 (0.64)	3.36 (0.60)	3.44 (0.55)	3.36 (0.57)	3.38 (0.54)
Reco	6.54 (1.77)	6.75 (1.50)	6.55 (1.71)	6.77 (1.61)	6.66 (1.65)	6.67 (1.61)	6.91 (1.44)	6.53 (1.71)
BE	3.88 (0.69)	3.87 (0.64)	3.82 (0.68)	3.90 (0.69)	3.79 (0.73)	3.81 (0.66)	3.78 (0.63)	3.71 (0.73)
Adeq	3.96 (0.81)	3.97 (0.82)	3.96 (0.74)	3.97 (0.87)	3.84 (0.88)	3.90 (0.81)	3.88 (0.83)	3.78 (0.89)
Epa	4.10 (0.94)	4.11 (0.89)	4.08 (0.91)	4.13 (0.90)	3.99 (0.99)	4.03 (0.91)	3.97 (0.94)	3.88 (0.96)
Comp	4.38 (0.62)	4.36 (0.62)	4.38 (0.63)	4.41 (0.59)	4.33 (0.71)	4.30 (0.61)	4.32 (0.64)	4.22 (0.65)
Reco	3.35 (1.08)	3.30 (0.93)	3.20 (1.06)	3.35 (0.96)	3.35 (1.00)	3.28 (0.93)	3.25 (0.92)	3.18 (1.02)
Vol	3.59 (0.86)	3.61 (0.86)	3.44 (0.89)	3.62 (0.93)	3.45 (0.92)	3.53 (0.88)	3.50 (0.78)	3.49 (0.91)
EP	2.94 (1.05)	2.84 (0.94)	2.92 (1.04)	2.74 (0.91)	2.85 (1.00)	2.96 (1.01)	3.02 (0.95)	3.05 (0.99)
FP	3.53 (1.27)	3.42 (1.29)	3.51 (1.21)	3.41 (1.23)	3.40 (1.21)	3.61 (1.30)	3.55 (1.21)	3.70 (1.26)
LC	2.63 (1.26)	2.49 (1.07)	2.59 (1.25)	2.33 (1.02)	2.53 (1.21)	2.56 (1.19)	2.81 (1.13)	2.70 (1.19)
EE	2.21 (1.07)	2.25 (1.04)	2.25 (1.12)	2.06 (0.90)	2.27 (1.14)	2.29 (1.06)	2.30 (1.00)	2.32 (1.03)
Turn	2.62 (1.32)	2.64 (1.31)	2.71 (1.33)	2.67 (1.29)	2.68 (1.28)	2.77 (1.35)	2.61 (1.20)	2.91 (1.26)

Notes. DP : demandes psychologiques ; LD : latitude décisionnelle ; Coll : collaboration ; IP : proactivité individuelle ; TP : proactivité équipe ; Qual : qualité perçue ; Reco : Reconnaissance ; BE : bien-être ; EP : épuisement professionnel ; Turn : intention de quitter le poste. Test : groupe test ; Ctrl : groupe contrôle.

6.2.3.2. Description des corrélations

Les tableaux 6.8 et 6.8bis présentent les corrélations entre l'ensemble des variables étudiées à T1, ainsi que la fiabilité des outils.

Tableau 6.8 : Matrice des corrélations pour l'échantillon total à T1 (1)

	DP	LD	Coll	TC	SY	EC	IC	IP	TP	Qual	Reco
DP	$\alpha=.82$										
LD	.08	$\alpha=.60$									
Coll	.01	.20**	$\alpha=.90$								
TC	-.02	.17**	.87**	$\alpha=.89$							
SY	-.04	.14*	.65**	.35**	$\alpha=.78$						
EC	.07	.12*	.80**	.63**	.33**	$\alpha=.82$					
IC	.03	.18**	.80**	.55**	.55**	.54**	$\alpha=.72$				
IP	.14*	.31**	.29**	.20**	.24**	.22**	.29**	$\alpha=.69$			
TP	.21**	.22**	.28**	.24**	.11*	.34**	.19**	.45**	$\alpha=.79$		
Qual	-.37**	.02	.17**	.14*	.17**	.09	.12*	-.09*	-.06	$\alpha=.55$	
Reco	-.17**	.20**	.19**	.17**	.20**	.11*	.11*	-.02	.06	.35**	$\alpha=.84$
BE	-.16*	.34**	.19**	.15**	.18**	.12*	.13*	.14*	.12*	.34**	.58**
Ade	-.22**	.15*	.28**	.25**	.27**	.16**	.19**	.05	.03	.41**	.53**
Epa	-.09	.34**	.14*	.12*	.13*	.09*	.10*	.10*	.06	.24**	.38**
Comp	-.01	.30**	.06	.01	.13*	-.01	.09*	.19**	.12*	.12*	.32**
Rec	-.22**	.21**	.10*	.07	.10*	.09*	.05	.01	.08	.35**	.60**
Vol	-.06	.34**	.13*	.12*	.10*	.09*	.09*	.22**	.18**	.21**	.39**
EP	.36**	-.16*	.04	.03	-.06	.08	.07	.04	.02	-.35**	-.33**
FP	.40**	-.12*	.09	.06	.00	.10*	.12*	.09*	.06	-.34**	-.30**
LC	.22**	-.17**	.03	.05	-.09	.08	.04	-.01	-.01	-.27**	-.27**
EE	.23**	-.08	-.11*	-.11*	-.13*	-.02	-.07	-.01	-.02	-.21**	-.25**
Turn	.28**	-.16**	-.03	-.05	-.04	-.01	.01	.09	.12**	-.33**	-.28**

Notes. * $p<.05$. ** $p<.001$. Le coefficient de Pearson a été utilisé pour toutes les corrélations exceptées celles impliquant la variable Turn, pour laquelle le coefficient de Spearman a été utilisé.

DP : demandes psychologiques ; LD : latitude décisionnelle ; Coll : collaboration ; TC : communication d'équipe ; SY : synchronicité ; EC : coordination explicite ; IC : coordination implicite ; IP : proactivité individuelle ; TP : proactivité équipe ; Qual : qualité perçue ; Reco : reconnaissance ; BE : bien-être psychologique au travail ; Ade : adéquation interpersonnelle ; Epa : épanouissement ; Comp : sentiment de compétence ; Rec : reconnaissance ; Vol : volonté d'engagement dans l'organisation ; EP : épuisement professionnel ; FP : fatigue physique ; LC : lassitude cognitive ; EE : épuisement émotionnel ; Turn : intention de quitter le poste.

Tableau 6.8bis : Matrice des corrélations pour l'échantillon total à T1 (2)

	BE	Ade	Epa	Comp	Rec	Vol	EP	FP	LC	EE
BE	$\alpha=.92$									
Ade	.75**	$\alpha=.80$								
Epa	.83**	.49**	$\alpha=.88$							
Comp	.71**	.36**	.58**	$\alpha=.79$						
Rec	.83**	.58**	.59**	.51**	$\alpha=.77$					
Vol	.78**	.51**	.55**	.46**	.51**	$\alpha=.71$				
EP	-.46**	-.36**	-.42**	-.29**	-.40**	-.31**	$\alpha=.92$			
FP	-.41**	-.32**	-.41**	-.19**	-.37**	-.27**	.88**	$\alpha=.91$		
LC	-.38**	-.28**	-.33**	-.30**	-.32**	-.24**	.87**	.61**	$\alpha=.94$	
EE	-.37**	-.32**	-.29**	-.27**	-.29**	-.29**	.62**	.32**	.51**	$\alpha=.76$
Turn	-.44**	-.38**	-.48**	-.17**	-.37**	-.27**	.56**	.61**	.39**	.28**

Notes. * $p<.05$. ** $p<.001$. Le coefficient de Pearson a été utilisé pour toutes les corrélations exceptées celles impliquant la variable Turn, pour laquelle le coefficient de Spearman a été utilisé.

BE : bien-être psychologique au travail ; Ade : adéquation interpersonnelle ; Epa : épanouissement ; Comp : sentiment de compétence ; Rec : reconnaissance ; Vol : volonté d'engagement dans l'organisation ; EP : épuisement professionnel ; FP : fatigue physique ; LC : lassitude cognitive ; EE : épuisement émotionnel ; Turn : intention de quitter le poste.

Tout d'abord, les liens observés sont pour la plupart assez faibles, la plupart de ceux qui sont supérieurs à .40 (en valeur absolue) se retrouvent entre dimensions d'une même échelle. D'autre part les liens attendus selon le JD-R, entre exigences, ressources, santé et résultats organisationnels sont retrouvés dans des degrés divers.

Les ressources et le bien-être psychologique corréleront faiblement à modérément pour la plupart, et relativement fortement concernant la reconnaissance ($r=.58$; $p<.001$). Les demandes psychologiques corréleront surtout avec la dimension fatigue physique de l'épuisement professionnel ($r=.40$; $p<.001$). Bien-être et épuisement sont liés négativement ($r=-.46$; $p<.001$), surtout pour la dimension fatigue physique. L'épuisement corréleront notamment avec les dimensions épanouissement ($r=.42$; $p<.001$) et reconnaissance ($r=.40$; $p<.001$), de l'échelle de bien-être psychologique.

L'intention de quitter est positivement associée à l'épuisement professionnel ($r=.56$; $p<.001$), plus particulièrement à la fatigue physique ($r=.61$; $p<.001$). L'intention de quitter est liée négativement au bien-être ($r=-.44$; $p<.001$), notamment à sa dimension épanouissement ($r=-.48$; $p<.001$).

On observe également des liens faibles mais inattendus entre les demandes psychologiques et la proactivité individuelle ($r=.14$; $p<.001$) ou d'équipe ($r=.21$; $p<.001$),

ainsi qu'entre la fatigue physique et la proactivité individuelle ($r=.09$; $p<.001$). Proactivité par ailleurs modérément liée à la latitude décisionnelle, comme si le fait d'être proactif était lié à la fois à une perception d'exigences supplémentaires et à de plus grandes marges de manœuvre. Ou comme si le fait de disposer de latitude décisionnelle mais aussi le fait de gérer des exigences élevées, favorisaient les comportements proactifs.

Autres liens faibles et contre-intuitifs, la fatigue physique est liée positivement à la coordination explicite ($r=.10$; $p<.001$) et implicite ($r=.12$; $p<.001$).

6.2.3.3. Point sur le Job Strain

Le Job Strain correspond à un état de tension au travail qui est associé à des issues négatives sur la santé (Karasek, 1979). Cette tension est liée à la perception d'une combinaison de fortes exigences et de marges de manœuvre insuffisantes.

Dans la population étudiée à T1, en utilisant les seuils relevés dans l'étude SUMER de 2010 (DARES, 2016), les salariées sont réparties comme suit : 17.83 % sont en situation de travail « passif », 19.64 % en situation de travail « détendu », 31.52 % sont en situation de travail « actif » et 31.01 % sont en situation de job strain ou travail « tendu » (figure 6.2). Cette proportion de job strain est notoirement plus élevée que celle relevée dans la population générale en 2003 et 2010 (DARES, 2008, 2016), autour de 23 %, mais moins élevée que celle relevée par Messaoudi et collaborateurs (2012) sur un échantillon d'AD, à 36.5 %.

	Faibles demandes psychologiques	Fortes demandes psychologiques
Forte latitude décisionnelle	« Détendu » 20 %	« Actif » 31 %
Faible latitude décisionnelle	« Passif » 18 %	« TENDU » 31 %

Figure 6.2 : Répartition des salariées de l'échantillon dans les catégories du modèle du Job Strain, selon les médianes de l'enquête SUMER 2010

6.3. Analyses inférentielles

6.3.1. Première série : Évaluation de l'impact de l'intervention

6.3.1.1. Présentation des analyses effectuées

Nous cherchons à déterminer dans quelle mesure la mise en place du dispositif de discussion a impacté positivement l'évolution des antécédents (H1a à H1f) et indicateurs (H1g, H1h) de la santé au travail, ainsi que les résultats organisationnels (H1i)

Répondre à cette question implique d'analyser des données qui ne sauraient satisfaire à la nécessaire condition d'indépendance des observations, et ce à double titre. Premièrement, il s'agit de mesures répétées sur les mêmes individus. Deuxièmement ces individus sont regroupés au sein de structures employeuses et partagent ainsi un environnement de travail au moins partiellement commun.

Pour la mise à l'épreuve quantitative de nos hypothèses, nous avons donc utilisé des modèles multiniveaux, qui permettent d'analyser des données structurées en différents « niveaux de découpage du réel » (Bressoux, 2010, p. 271).

En l'occurrence, notre modélisation prend en compte trois niveaux, chacun lié à des effets aléatoires :

- Niveau 1 : Les points de données « au sein » de chaque individu. L'effet aléatoire renvoie ici au hasard présent à chaque fois qu'un individu répond au questionnaire, autrement dit, aux différences aléatoires d'un temps de réponse à l'autre pour la même personne.
- Niveau 2 : Les individus au sein de chaque association. L'effet aléatoire de ce niveau correspond à toutes les différences inter-individuelles dues au hasard.
- Niveau 3 : Les associations employeuses. L'effet aléatoire de ce niveau correspond à toutes les différences entre associations dues au hasard.

La modélisation que nous avons choisie implique également trois effets fixes, éléments qui créent des différences anticipées (par opposition aux effets aléatoires), entre les groupes expérimentaux :

- Effet fixe (ou effet simple) du groupe : Cet effet autorise les deux groupes expérimentaux à différer l'un de l'autre, à temps maintenu constant.
- Effet fixe (ou effet simple) du temps : Cet effet autorise les scores à différer d'un temps à l'autre, à groupe maintenu constant.
- Effet d'interaction entre groupe et temps : Cet effet autorise l'effet du temps à différer d'un d'un groupe à l'autre. C'est lui qui traduit notre hypothèse d'un « impact de l'intervention sur la santé au travail ». Le postulat est alors reformulé en une « différence d'effet du temps sur la santé au travail, d'un groupe à l'autre ».

Afin de tester les hypothèses, nous avons comparé pour chaque variable un modèle contraint dans lequel l'intervention n'a pas d'impact, à un modèle augmenté dans lequel l'intervention a un effet.

Voici les modèles contraint et augmenté avec pour exemple la latitude décisionnelle :

- Modèle contraint (M0) : La droite de régression décrivant l'évolution de la latitude décisionnelle est estimée en fonction du temps, du groupe expérimental, en permettant de l'erreur de mesure pour chaque point de donnée (effet aléatoire de niveau 1, classiquement présent en régression), un intercept aléatoire par sujet (effet aléatoire de niveau 2) et un intercept aléatoire par association (effet aléatoire de niveau 3).

Autrement dit, la latitude décisionnelle est prédite par l'effet principal du groupe, l'effet principal du temps, les variations aléatoires intra-individuelles, inter-individuelles et inter-associations.

- Modèle augmenté (M1) : La droite de régression décrivant l'évolution de la latitude décisionnelle est estimée en fonction du temps, du groupe expérimental, ainsi que de l'interaction du temps et du groupe, en permettant de l'erreur de mesure pour chaque point de donnée, un intercept aléatoire par sujet et par association.

Autrement dit, la latitude décisionnelle est prédite par l'effet principal du groupe, l'effet principal du temps, l'interaction du temps et du groupe, les variations aléatoires intra-individuelles, inter-individuelles et inter-associations.

En préalable à l'analyse, nous avons observé pour chaque variable dans quelle mesure les conditions d'application étaient respectées ou non, en suivant les étapes suivantes :

1. Contrôle des outliers : utilisation du D de Cook, et du critère du « gap » pour repérer et sortir de l'échantillon les observations extrêmes impactant fortement la prédiction. Il s'agit de mesurer l'influence de chaque point de donnée sur le modèle (calcul du D), puis de les trier par ordre décroissant d'influence. Ensuite, il est vérifié sur les premières observations (les plus influentes) qu'aucune ne présente de gap. Un gap étant un écart de facteur deux entre l'influence d'une observation n et celle d'une observation $n-1$. Si un gap est repéré (parmi les points de donnée les plus influents), toutes les observations placées après ce dernier sont exclues.
2. Contrôle de la normalité : observation de la distribution des résidus du modèle, ainsi que des coefficients d'asymétrie et d'aplatissement, pour déterminer l'ampleur de l'écart à la condition de normalité.
3. Contrôle de l'homoscédasticité : observation du nuage de point des résidus, pour déterminer le degré d'une éventuelle hétéroscédasticité.
4. Observation du coefficient de corrélation intra-classe (ICC) : description de la proportion de variance expliquée par chaque niveau, donc de la pertinence statistique de chaque niveau. L'ICC « sujet » (niveau 2) décrit à quel point les scores d'un même individu corrélaient entre eux, par rapport à ceux des autres individus. L'ICC « asso » (niveau 3) décrit à quel point les scores des individus au sein d'une association corrélaient entre eux par rapport aux scores dans les autres associations. L'ICC s'interprète comme une corrélation classique.
5. Estimation de la tendance quadratique de la relation : comparaison d'un modèle avec tendance quadratique (autorisant la relation à présenter une « courbe »), à un modèle sans.

Ensuite, la vraisemblance au vu des données a été estimée pour chaque modèle avec la méthode Maximum Likelihood (ML) et les coefficients ont été obtenus par utilisation de la méthode Restricted Maximum Likelihood (REML).

Enfin, une fois estimée la vraisemblance de chaque modèle, nous avons comparé leur Bayesian Information Criterion (BIC), et retenu pour chaque variable le modèle au BIC le plus faible (à la meilleure vraisemblance).

Toutes ces analyses ont été réalisées avec le logiciel Rstudio (RStudio Team, 2020), en utilisant les packages lme4, lattice, influence.ME, Matrix, DescTools et psych.

L'[annexe 6.3](#) présente un exemple de la syntaxe utilisée, appliquée au test de l'impact de l'intervention sur l'évolution des demandes psychologiques.

6.3.1.2. Observation des conditions d'application

L'[annexe 6.4](#) présente l'ensemble des contrôles effectués pour cette première série d'analyses inférentielles.

Les analyses portent sur 1629 à 1705 observations.

Seules deux observations sont considérées comme outliers et exclues, pour l'analyse portant sur la latitude décisionnelle et celle portant sur la reconnaissance provenant des PA.

Les distributions se rapprochent généralement de la loi normale.

On observe assez peu d'hétéroscédasticité si ce n'est pour la reconnaissance, et à la marge pour le bien-être.

La proportion de variance due au niveau association est systématiquement négligeable (.05 au maximum), celle due au niveau individuel est largement prédominante (de .39 à .63). Cela n'affecte pas notre choix de modéliser le regroupement des individus par association, dans la mesure où cette quasi-indépendance statistique ne prime pas, pour nous, sur la non indépendance pragmatique des salariées. Cet élément sera néanmoins discuté ultérieurement.

La tendance quadratique n'est jamais retenue, tous les modèles se basent donc sur une prédiction linéaire de la santé au fil du temps.

6.3.1.3. Résultats des comparaisons de modèles

Le tableau 6.9 présente les résultats de la comparaison entre le modèle contraint (M0) et le modèle augmenté (M1). Les coefficients n'étant pas standardisés, ils s'interprètent en fonction de l'échelle de la variable, c'est pourquoi l'étendue maximale possible est rappelée pour chacune.

L'effet fixe du groupe s'interprète ainsi : la prédiction pour le groupe test, pour une valeur constante du temps (en maintenant le temps à T1), diffère en moyenne de x points du groupe contrôle.

L'effet fixe du temps s'interprète ainsi : à chaque augmentation du temps, la variable change en moyenne de x points, en maintenant le groupe constant (en ne gardant que le groupe contrôle).

L'interaction entre temps et groupe s'interprète ainsi : l'effet du temps pour le groupe test diffère de x points de l'effet du temps pour le groupe contrôle. Ou dans l'autre sens, l'effet du groupe change en moyenne de x points d'un temps de mesure à l'autre.

Les effets présentés dans les tableaux sont ceux pour le modèle augmenté, y compris lorsqu'il n'est pas retenu face à M0. Ce, parce qu'il nous semble intéressant d'avoir toujours sous les yeux les coefficients associés à M1, à titre indicatif.

Tableau 6.9 : Résultats de l'analyse de l'effet de l'interaction entre groupe et temps sur la santé au travail des aides à domicile

Variable (étendue)	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet fixe du groupe ¹		Effet fixe du temps ¹		Interaction entre temps et groupe ¹	
				Effet	ES	Effet	ES	Effet	ES
DP (1-4)	2215	2221	M0	.08	.08	.03	.01	-.01	.02
LD (1-4)	1226	1232	M0	.06	.04	<-.01	<.01	-.01	.01
Coll (1-7)	4313	4321	M0	.13	.13	<.01	.02	-.01	.03
TC	4970	4978	M0	.13	.18	<-.01	.03	<-.01	.04
SY	4878	4885	M0	.12	.12	-.02	.03	-.02	.04
EC	5327	5334	M0	.08	.17	<-.01	.03	.03	.05
IC	5222	5229	M0	.20	.14	.02	.03	-.04	.04
IP (1-7)	3019	3024	M0	.09	.07	<.01	.02	-.03	.02
TP (1-7)	3757	3764	M0	.01	.07	.03	.02	<.01	.03
Qual (1-5)	2860	2865	M0	-.08	.07	-.01	.01	.03	.02
Reco (0-10)	6097	6096	M1	.39	.18	.11	.04	-.15*	.05
ATP	7036	7041	M0	.36	.30	.11	.06	-.10	.08
Bénévoles	7237	7237	M0 | M1	.18	.36	.09	.06	-.23*	.09
Cadre	7039	7041	M0	.59	.27	.11	.06	-.19	.08
Collègues	6507	6511	M0	.51	.22	.15	.05	-.12	.07
PA	6341	6345	M0	.27	.20	.11	.04	-.11	.06
BE (0-5)	3068	3076	M0	.02	.07	-.05	.01	<-.01	.02
Ade	3930	3937	M0	.07	.10	-.05	.02	-.01	.03
Epa	3950	3957	M0	.02	.11	-.06	.02	-.01	.02
Comp	2892	2900	M0	.01	.06	-.03	.02	-.01	.02
Rec	4428	4435	M0	-.03	.11	-.04	.02	.01	.03
Vol	4061	4068	M0	.03	.09	-.06	.02	.01	.03
EP (1-7)	4295	4299	M0	-.21	.12	.04	.02	.06	.03
FP	5093	5096	M0	-.19	.17	.05	.03	.08	.04
LC	4930	4935	M0	-.26	.12	.05	.03	.06	.04
EE	4732	4739	M0	-.10	.12	.04	.03	.02	.04
Turn (1-5)	5152	5159	M0	.05	.18	.11	.03	.03	.04

Notes. ¹Selon M1. *Effet associé à l'interaction entre temps et groupe lorsque M1 est effectivement retenu ou aussi vraisemblable que M0.

6.3.1.3.1. Effet du dispositif de discussion sur les demandes psychologiques

L'effet d'interaction entre temps et groupe ne permet pas de mieux prédire l'évolution des demandes psychologiques au fil du temps. Autrement dit, l'intervention n'a pas d'impact sur l'évolution des demandes psychologiques perçues par les aides à domicile.

L'hypothèse H1a est rejetée, la mise en place du dispositif de discussion n'est pas associée à une diminution des exigences professionnelles.

6.3.1.3.2. Effet du dispositif de discussion sur les ressources professionnelles

L'interaction entre temps et groupe ne permet pas de mieux prédire l'évolution au fil du temps, des demandes psychologique, de la latitude décisionnelle, de la collaboration, de la proactivité, de la qualité perçue. Autrement dit, l'intervention n'a pas d'impact sur la plupart des ressources professionnelles mesurées.

En revanche, l'interaction entre temps et groupe permet de mieux prédire l'évolution de la reconnaissance perçue globale et provenant des bénévoles en particulier, ce dans un sens opposé à celui postulé.

Concernant la reconnaissance globale, à chaque augmentation du temps, son évolution pour le groupe test est inférieure de .15 points à celle du groupe contrôle. Pour rappel, il est question ici d'une diminution de .15 point sur une échelle en 11 points. L'intervention est donc associée à un amoindrissement, certes faible mais statistiquement significatif, de la reconnaissance perçue globalement.

La figure 6.3 montre l'évolution comparée de la reconnaissance perçue globale et provenant des bénévoles au sein de chaque groupe expérimental.

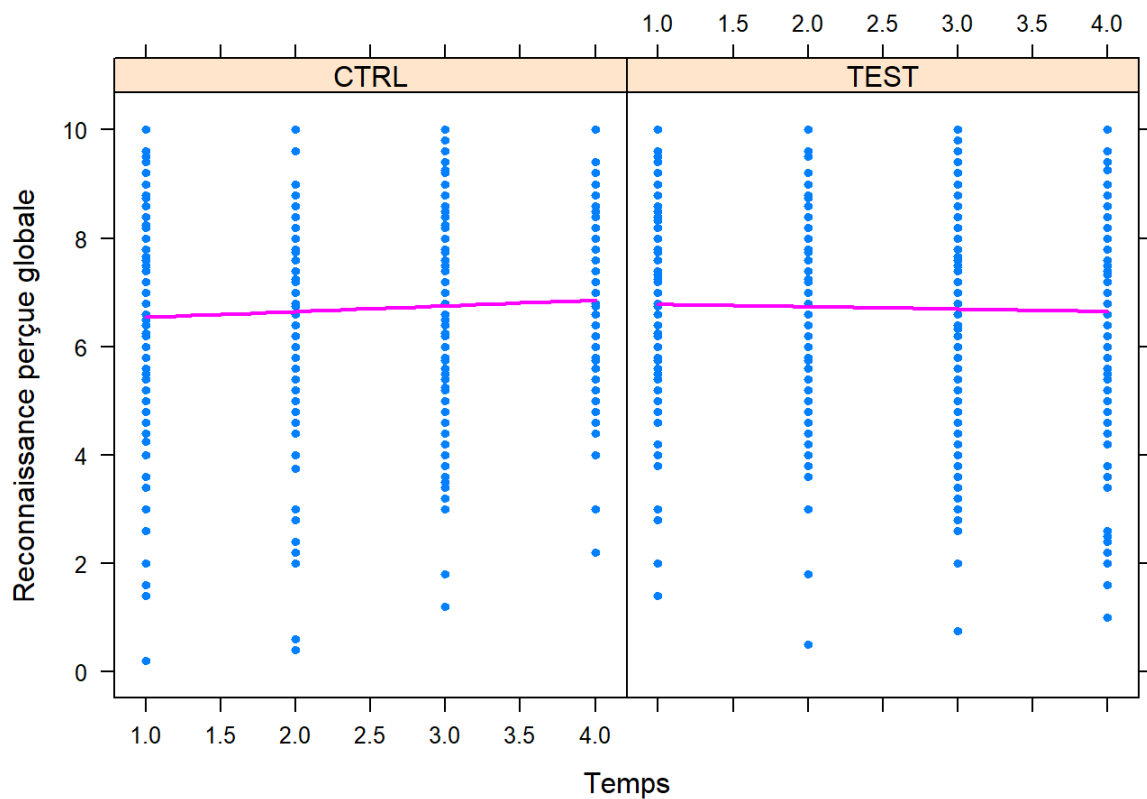


Figure 6.3 : Comparaison de l'évolution de la reconnaissance globale à chaque temps pour les groupes contrôle et test.

Quant à la reconnaissance perçue provenant des bénévoles, l'analyse est irrésolue, les modèles contraint et augmenté ont la même vraisemblance selon les données. Si l'on observe les résultats pour le modèle augmenté, à chaque passage du temps, l'évolution de la reconnaissance des bénévoles pour le groupe test est inférieure de .23 points à l'évolution dans le groupe contrôle. L'intervention est donc également associée à un amoindrissement, là encore faible mais statistiquement significatif de la reconnaissance perçue provenant des bénévoles (figure 6.4).

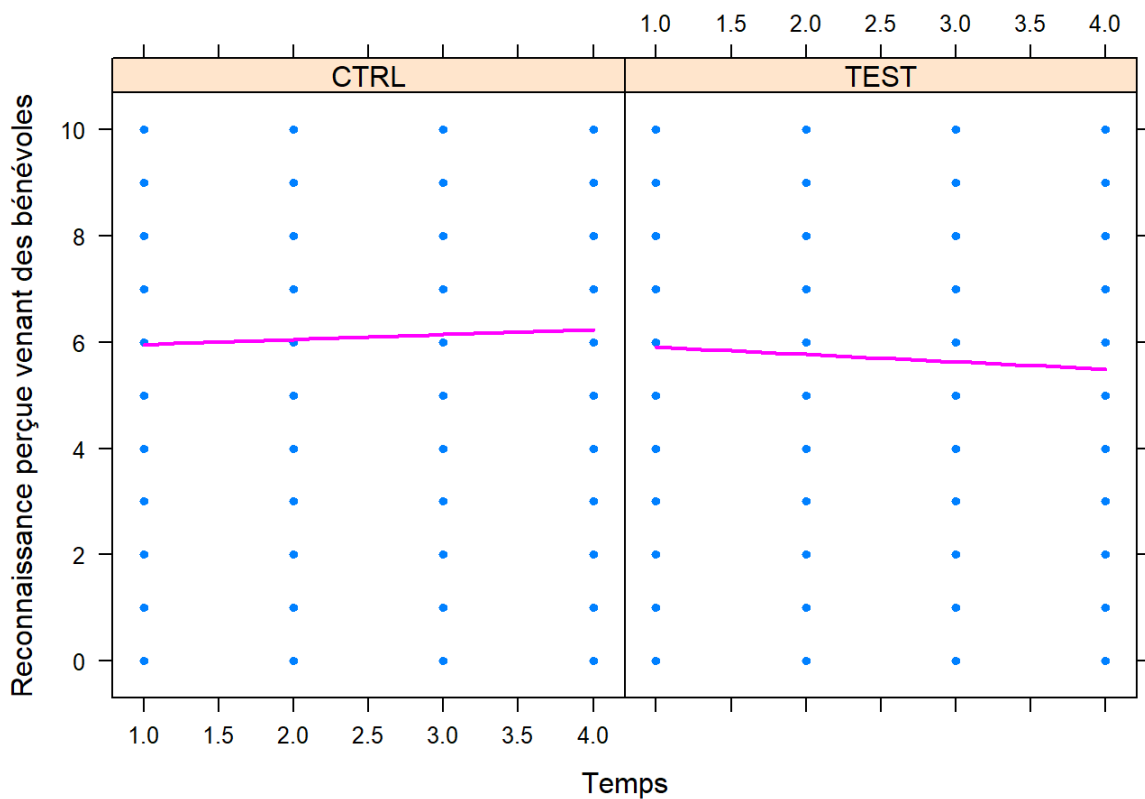


Figure 6.4 : Comparaison de l'évolution de la reconnaissance perçue provenant des bénévoles à chaque temps pour les groupes contrôle et test.

Les hypothèses H1b, H1c, H1d, H1e et H1f sont rejetées, la mise en place du dispositif de discussion n'est pas associée à un accroissement des ressources professionnelles.

6.3.1.3.3. Effet du dispositif de discussion sur l'épuisement professionnel

L'effet d'interaction entre temps et groupe ne permet pas de mieux prédire l'évolution de l'épuisement professionnel au fil du temps. Autrement dit, l'intervention n'a pas d'impact sur l'évolution de l'épuisement professionnel des aides à domicile.

L'hypothèse H1g est rejetée, la mise en place du dispositif de discussion n'est pas associée à une diminution de l'épuisement professionnel.

6.3.1.3.4. Effet du dispositif de discussion sur le bien-être psychologique au travail

L'effet d'interaction entre temps et groupe ne permet pas de mieux prédire l'évolution du bien-être au fil du temps. Autrement dit, l'intervention n'a pas d'impact sur l'évolution du bien-être des aides à domicile.

L'hypothèse H1h est rejetée, la mise en place du dispositif de discussion n'est pas associée à une augmentation du bien-être psychologique au travail.

6.3.1.3.5. Effet du dispositif de discussion sur l'intention de quitter le poste

L'effet d'interaction entre temps et groupe ne permet pas de mieux prédire l'évolution de l'intention de quitter le poste au fil du temps. Autrement dit, l'intervention n'a pas d'impact sur l'intention des aides à domicile de quitter leur poste.

L'hypothèse H1i est rejetée, la mise en place du dispositif de discussion n'est pas associée à une diminution de l'intention de quitter le poste.

Point d'étape

Les données recueillies nous indiquent que la mise en place du dispositif de discussion n'a pas eu les effets escomptés.

Il n'a pas été associé à un accroissement des ressources professionnelles, à une diminution des exigences professionnelles, à une amélioration de la santé ou à une amélioration de résultats organisationnels.

En outre, il est associé à une très légère diminution de la reconnaissance perçue par les aides à domicile, globale et provenant des bénévoles, ce qui va à tout à fait à l'encontre des résultats attendus.

6.3.2. Deuxième série : Tests des liens entre antécédents, indicateurs de santé et résultats organisationnel

6.3.2.1. Présentation des analyses effectuées

Nous cherchons aussi à déterminer dans quelle mesure les exigences professionnelles participent à prédire l'épuisement professionnel (H2a) ; les ressources professionnelles participent à prédire le bien-être psychologique au travail (H2b à H2f) ; l'épuisement professionnel accroît l'intention de quitter le poste (H2g) ; le bien-être psychologique au travail diminue l'intention de quitter le poste (H2h).

Répondre à ces questions implique là aussi d'analyser des données qui ne sauraient satisfaire à la condition d'indépendance des observations (individus regroupés au sein de structures). Nous avons donc également utilisé des modèles multiniveaux pour tester ces hypothèses.

Ici, notre modélisation prend en compte deux niveaux :

- Niveau 1 : Les individus au sein de chaque association.
- Niveau 2 : Les associations employeuses.

Nous avons de nouveau procédé par comparaison de modèles, dont voici un exemple avec le test de la prédiction de l'épuisement professionnel par les demandes psychologiques :

- Modèle contraint (M0) : La droite de régression décrivant l'évolution de l'épuisement professionnel de T1 à T2 est estimée en fonction de l'épuisement professionnel à T1, en permettant un intercept aléatoire par association. Autrement dit, l'épuisement professionnel à T2 est prédit par l'épuisement professionnel à T1 et les variations aléatoires inter-associations.
- Modèle augmenté (M1) : La droite de régression décrivant l'évolution de l'épuisement professionnel de T1 à T2 est estimée en fonction de l'épuisement professionnel à T1, des demandes psychologiques à T1, en permettant un intercept aléatoire par association. Autrement dit, l'épuisement professionnel à T2 est prédit par l'épuisement professionnel à T1, les demandes psychologiques à T1 et les variations aléatoires inter-associations.

Il s'agit en fait de réaliser des régressions linéaires en multiniveaux, donc qui tiennent compte du regroupement des individus dans les associations, et de profiter du design expérimental qui nous permet d'intégrer une précédence temporelle.

Les données ont été standardisées de façon à pouvoir interpréter les coefficients comme des bêtas (β) classiquement utilisés en régression linéaire.

Nous avons ensuite procédé au retrait des valeurs manquantes. En effet, de façon à stabiliser les estimations, il a fallu exclure les individus auxquels il manquait une valeur sur au moins l'une des trois variables prises en compte dans le modèle testé. Par exemple un individu ayant un score d'épuisement à T2 et un score de demandes psychologiques à T1 mais pas de score d'épuisement à T1 devrait être exclu.

En préalable à l'analyse, nous avons observé pour chaque variable dans quelle mesure les conditions d'application étaient respectées ou non, en suivant les étapes semblables à celles décrites dans le point 6.3.1 (mais sans estimation de la tendance quadratique) :

1. Contrôle des outliers
2. Contrôle de la normalité
3. Contrôle de l'homoscédasticité
4. Observation du coefficient de corrélation intra-classe (ICC) : Ici, le seul ICC à calculer est celui du regroupement en association.

La vraisemblance au vu des données a été estimée pour chaque modèle avec la méthode ML et les coefficients ont été obtenus par utilisation de la méthode REML.

De nouveau, une fois estimée la vraisemblance de chaque modèle, nous avons comparé leur BIC, et retenu pour chaque variable le modèle au BIC le plus faible.

Les analyses ont, là encore, été réalisées avec le logiciel Rstudio (RStudio Team, 2020), en utilisant les packages lme4, lattice, influence.ME, Matrix, DescTools et psych.

L'[annexe 6.3bis](#) présente un exemple de la syntaxe utilisée, appliquée au test de la prédiction de l'épuisement professionnel à T2 par les demandes psychologiques à T1.

6.3.2.2. Observation des conditions d'application

Un très grand nombre d'observations ne sont pas prises en compte en raison des valeurs manquantes. En effet, si la taille de l'échantillon est de 891 individus distincts, tout temps confondus, les analyses portent tout au plus sur 256 d'entre eux à la fois.

Très peu d'observations sont considérées comme outliers et exclues.

Les distributions se rapprochent généralement de la loi normale, à l'exception de quelques valeurs extrêmes ou formes particulièrement leptokurtiques. Les indicateurs d'asymétrie et d'aplatissement sont présentés dans l'annexe 6.5.

On observe assez peu d'hétéroscédasticité.

Comme pour la première série d'analyses, la proportion de variance due au niveau association est presque systématiquement négligeable.

Les effets présentés dans les tableaux sont ceux pour le modèle augmenté, y compris lorsqu'il n'est pas retenu face à M0. Ce, parce qu'il nous semble intéressant d'avoir toujours sous les yeux les coefficients associés à M1, à titre indicatif.

6.3.2.3. Résultats des comparaisons de modèles

6.3.2.3.1. Liens entre antécédents de la santé et indicateurs de santé

Demandes psychologiques et épuisement professionnel

Le tableau 6.10 présente les analyses portant sur les liens entre les demandes psychologiques et l'épuisement professionnel.

Tableau 6.10 : Analyse des liens entre demandes psychologiques et épuisement professionnel

VI-VD	Exclues / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
DP _{T1} -EP _{T2}	2 / 254	.08	543	548	M0	.68	.05	.03	.05
DP _{T2} -EP _{T3}	0 / 238	.12	496	497	M0	.68	.05	.11	.05
DP _{T3} -EP _{T4}	0 / 195	.04	458	462	M0	.70	.06	.07	.06
DP _{T1} -FP _{T2}	1 / 255	.08	560	563	M0	.64	.05	.06	.05
DP _{T2} -FP _{T3}	0 / 238	.16	511	513	M0	.67	.05	.09	.05
DP_{T3}-FP_{T4}	0 / 195	.04	463	463	M0 | M1	.63	.06	.13*	.06
DP _{T1} -LC _{T2}	0 / 255	.09	601	606	M0	.66	.05	-.02	.05
DP_{T2}-LC_{T3}	2 / 235	.12	504	504	M0 | M1	.67	.05	.11*	.05
DP _{T3} -LC _{T4}	0 / 194	.07	507	512	M0	.64	.07	.03	.07
DP _{T1} -EE _{T2}	0 / 254	<.001	663	668	M0	.42	.06	.05	.05
DP _{T2} -EE _{T3}	0 / 237	.01	602	604	M0	.55	.06	.09	.06
DP _{T3} -EE _{T4}	0 / 193	<.001	498	503	M0	.54	.06	.02	.06

Notes. ¹Selon M1. *Effet de la VI lorsque M1 est effectivement retenu ou aussi vraisemblable que M0.

Le modèle contraint est retenu pour toutes les analyses, à deux exceptions près qui sont irrésolues. Pour ces deux analyses, le modèle contraint et le modèle augmenté obtiennent le même BIC, ils ont la même vraisemblance d'après les données. Il s'agit du lien entre demandes psychologiques à T3 et fatigue physique à T4 ($\beta_{DP}=.13$; $ES=.06$; $R^2=1.69$ %) et de celui entre demandes psychologiques à T2 et lassitude cognitive à T3 ($\beta_{LC}=.11$; $ES=.05$; $R^2=1.21$ %).

Ces deux relations ne sont pas stables dans le temps et les tailles d'effet sont faibles, nous considérons donc qu'il est plus raisonnable de ne pas rejeter l'hypothèse nulle. Nous ne pouvons conclure à l'existence d'un lien entre demandes psychologiques et épuisement professionnel selon nos données.

L'hypothèse H2a est rejetée, les demandes psychologiques ne favorisent pas l'épuisement professionnel des aides à domicile.

Latitude décisionnelle et bien-être psychologique au travail

Le tableau 6.11 montre les analyses portant sur les liens entre la latitude décisionnelle et le bien-être psychologique.

Tableau 6.11 : Analyse des liens entre latitude décisionnelle et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Exclues / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
LD _{T1} -BE _{T2}	2 / 254	.03	556	561	M0	.62	.05	-.04	.05
LD _{T2} -BE _{T3}	2 / 238	.04	486	487	M0	.77	.04	.08	.04
LD _{T3} -BE _{T4}	0 / 196	<.01	468	473	M0	.68	.05	.05	.05
LD _{T1} -Ade _{T2}	0 / 255	.05	643	648	M0	.53	.05	<.01	.05
LD _{T2} -Ade _{T3}	1 / 239	.08	608	609	M0	.53	.05	.11	.05
LD _{T3} -Ade _{T4}	0 / 196	.02	536	540	M0	.54	.07	.06	.06
LD _{T1} -Epa _{T2}	0 / 256	.08	584	588	M0	.67	.05	-.06	.05
LD _{T2} -Epa _{T3}	4 / 236	.01	411	416	M0	.82	.04	.03	.04
LD _{T3} -Epa _{T4}	1 / 195	<.01	411	416	M0	.73	.05	.02	.05
LD _{T1} -Comp _{T2}	1 / 255	.03	622	627	M0	.56	.05	-.05	.05
LD _{T2} -Comp _{T3}	5 / 235	.02	504	507	M0	.66	.05	.07	.04
LD _{T3} -Comp _{T4}	0 / 196	<.01	464	466	M0	.64	.05	.11	.05
LD _{T1} -Rec _{T2}	0 / 256	<.01	643	648	M0	.60	.05	-.04	.05
LD _{T2} -Rec _{T3}	0 / 240	.04	602	607	M0	.66	.05	<-.01	.05
LD _{T3} -Rec _{T4}	0 / 196	.05	467	472	M0	.58	.05	.04	.05
LD _{T1} -Vol _{T2}	1 / 254	.04	630	638	M0	.53	.05	<.01	.05
LD _{T2} -Vol _{T3}	3 / 237	.04	522	524	M0	.69	.05	.08	.04
LD _{T3} -Vol _{T4}	0 / 195	<.01	493	497	M0	.61	.06	.07	.06

Note. ¹Selon M1.

Le modèle contraint est retenu pour toutes les analyses, la latitude décisionnelle ne permet pas de prédire le bien-être psychologique au travail selon nos données.

L'hypothèse H2b est rejetée, la latitude décisionnelle ne favorise pas le bien-être psychologique au travail des aides à domicile.

Collaboration et bien-être psychologique au travail

Le tableau 6.12 présente les analyses portant sur les liens entre la collaboration (score global) et le bien-être psychologique.

Tableau 6.12 : Analyse des liens entre collaboration et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Exclus / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
Coll _{T1} -BE _{T2}	0 / 255	.02	634	638	M0	.61	.05	-.09	.05
Coll _{T2} -BE _{T3}	0 / 240	.02	582	588	M0	.69	.05	-.01	.05
Coll _{T3} -BE _{T4}	0 / 197	<.01	470	475	M0	.68	.05	.05	.06
Coll _{T1} -Ade _{T2}	2 / 252	.02	619	624	M0	.45	.06	<.01	.05
Coll _{T2} -Ade _{T3}	1 / 239	.08	608	609	M0	.48	.06	.12	.05
Coll_{T3}-Ade_{T4}	0 / 197	.02	538	538	M0 | M1	.49	.07	.15*	.07
Coll_{T1}-Epa_{T2}	2 / 253	.07	558	557	M1	.73	.04	-.12*	.05
Coll_{T2}-Epa_{T3}	5 / 235	.01	401	398	M1	.79	.04	.11*	.03
Coll _{T3} -Epa _{T4}	1 / 196	<.01	412	417	M0	.74	.05	<.01	.05
Coll _{T1} -Comp _{T2}	0 / 255	.02	666	671	M0	.56	.05	-.05	.06
Coll _{T2} -Comp _{T3}	5 / 235	.02	504	509	M0	.67	.05	.02	.04
Coll _{T3} -Comp _{T4}	0 / 197	<.01	467	472	M0	.65	.05	.02	.05
Coll _{T1} -Rec _{T2}	1 / 254	<.01	640	643	M0	.60	.05	-.08	.05
Coll _{T2} -Rec _{T3}	2 / 238	.03	561	566	M0	.73	.05	-.04	.05
Coll _{T3} -Rec _{T4}	0 / 197	.05	469	473	M0	.58	.05	.06	.05
Coll _{T1} -Vol _{T2}	1 / 253	.03	648	650	M0	.54	.05	-.10	.05
Coll _{T2} -Vol _{T3}	3 / 237	.04	522	523	M0	.68	.05	.09	.05
Coll _{T3} -Vol _{T4}	0 / 196	<.01	495	498	M0	.60	.06	.08	.06

Notes. ¹Selon M1. *Effet de la VI lorsque M1 est effectivement retenu ou aussi vraisemblable que M0.

Le modèle contraint est retenu pour toutes les analyses, à trois exceptions près, une irrésolue et deux cas où le modèle augmenté est mieux ajusté.

Pour le lien entre collaboration à T3 et adéquation interpersonnelle à T4 ($\beta_{\text{coll}}=.15$; $ES=.07$; $R^2=2.25$ %), les modèles contraint et augmenté ont la même vraisemblance selon les données.

Le lien entre collaboration et épanouissement est inconsistant, négatif de T1 à T2 ($\beta_{\text{coll}}=-.12$; $ES=.05$; $R^2=1.44$ %), positif de T2 à T3 ($\beta_{\text{coll}}=.11$; $ES=.05$; $R^2=1.21$ %) et inexistant de T3 à T4 puisque le modèle contraint est retenu sur cet intervalle de temps.

Le tableau 6.13 montre les analyses portant sur les liens entre la dimension communication d'équipe (collaboration) et le bien-être psychologique.

Tableau 6.13 : Analyse des liens entre communication d'équipe et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Exclus / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
TC _{T1} -BE _{T2}	0 / 255	.17	634	639	M0	.59	.05	-.02	.05
TC _{T2} -BE _{T3}	2 / 238	.04	486	489	M0	.77	.04	.06	.04
TC _{T3} -BE _{T4}	1 / 196	<.01	453	456	M0	.67	.05	.09	.05
TC _{T1} -Ade _{T2}	2 / 252	.02	619	623	M0	.45	.06	.05	.06
TC_{T2}-Ade_{T3}	1 / 239	.08	608	608	M0 | M1	.49	.05	.13*	.07
TC_{T3}-Ade_{T4}	0 / 197	.02	538	537	M1	.51	.07	.16*	.07
TC _{T1} -Epa _{T2}	2 / 253	.07	558	562	M0	.72	.04	-.05	.05
TC_{T2}-Epa_{T3}	2 / 238	.002	445	442	M1	.84	.04	.11*	.04
TC _{T3} -Epa _{T4}	1 / 196	<.01	412	417	M0	.74	.05	-.01	.05
TC _{T1} -Comp _{T2}	0 / 255	.02	666	672	M0	.56	.05	-.01	.06
TC _{T2} -Comp _{T3}	5 / 235	.02	504	509	M0	.67	.05	.03	.04
TC _{T3} -Comp _{T4}	1 / 196	<.01	441	446	M0	.64	.05	.02	.05
TC _{T1} -Rec _{T2}	1 / 254	.02	629	633	M0	.59	.05	-.07	.05
TC _{T2} -Rec _{T3}	2 / 238	.03	561	565	M0	.73	.05	-.07	.05
TC _{T3} -Rec _{T4}	0 / 197	.05	469	473	M0	.59	.05	.04	.05
TC _{T1} -Vol _{T2}	0 / 254	.03	649	654	M0	.53	.05	-.05	.06
TC _{T2} -Vol _{T3}	3 / 237	.04	522	523	M0	.69	.05	.09	.05
TC _{T3} -Vol _{T4}	1 / 195	<.01	486	487	M0	.59	.06	.12	.06

Notes. ¹Selon M1. *Effet de la VI lorsque M1 est effectivement retenu ou aussi vraisemblable que M0.

Le modèle contraint est retenu pour toutes les analyses, à trois exceptions près, une irrésolue et deux cas où le modèle augmenté est privilégié.

Le lien entre communication d'équipe et adéquation interpersonnelle est instable puisque non retrouvé de T1 à T2, l'analyse est irrésolue de T2 à T3 ($\beta_{TC}=.13$; ES=.07 ; $R^2=1.69$ %), et conclut en faveur du modèle augmenté de T3 à T4 ($\beta_{TC}=.16$; ES=.07 ; $R^2=2.56$ %). Dans les deux cas cependant le lien est faible mais demeure positif.

Le tableau 6.14 montre les analyses portant sur les liens entre la synchronicité (collaboration) et le bien-être psychologique.

Tableau 6.14 : Analyse des liens entre synchronicité et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Exclus / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
SY _{T1} -BE _{T2}	0 / 254	.02	632	637	M0	.60	.05	-.05	.05
SY _{T2} -BE _{T3}	0 / 237	.03	578	583	M0	.68	.05	.02	.05
SY _{T3} -BE _{T4}	0 / 196	<.01	468	473	M0	.69	.06	<-.01	.06
SY _{T1} -Ade _{T2}	2 / 251	.02	617	622	M0	.45	.06	<.01	.05
SY _{T2} -Ade _{T3}	1 / 236	.08	603	605	M0	.50	.06	.11	.06
SY _{T3} -Ade _{T4}	0 / 196	.02	521	527	M0	.55	.07	.02	.07
SY_{T1}-Epa_{T2}	0 / 254	.08	581	580	M1	.68	.05	-.12*	.05
SY _{T2} -Epa _{T3}	4 / 233	.02	409	411	M0	.81	.04	.07	.04
SY _{T3} -Epa _{T4}	1 / 195	<.01	411	416	M0	.75	.05	-.03	.05
SY _{T1} -Comp _{T2}	0 / 254	.02	664	669	M0	.57	.05	-.05	.05
SY _{T2} -Comp _{T3}	2 / 235	.001	523	528	M0	.74	.05	.03	.05
SY _{T3} -Comp _{T4}	0 / 196	<.01	466	471	M0	.65	.05	.04	.05
SY _{T1} -Rec _{T2}	1 / 253	<.01	628	631	M0	.60	.05	-.08	.05
SY _{T2} -Rec _{T3}	0 / 237	.04	595	600	M0	.66	.06	<.01	.06
SY _{T3} -Rec _{T4}	0 / 196	.06	464	469	M0	.58	.05	.02	.05
SY _{T1} -Vol _{T2}	0 / 253	.03	648	653	M0	.53	.05	-.03	.05
SY _{T2} -Vol _{T3}	3 / 234	.04	518	521	M0	.69	.05	.08	.05
SY _{T3} -Vol _{T4}	0 / 195	.001	493	499	M0	.63	.06	<.01	.06

Notes. ¹Selon M1. *Effet de la VI lorsque M1 est effectivement retenu ou aussi vraisemblable que M0.

Le modèle augmenté est uniquement retenu pour le lien entre synchronicité et épanouissement ($\beta_{SY} = -.12$; ES = .05 ; $R^2 = 1.44\%$), qui s'avère faible et instable dans le temps puisque uniquement présent de T1 à T2.

Le tableau 6.15 montre les analyses portant sur les liens entre la coordination explicite (collaboration) et le bien-être psychologique.

Tableau 6.15 : Analyse des liens entre coordination explicite et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Exclues / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
EC _{T1} -BE _{T2}	0 / 253	.02	630	633	M0	.59	.05	-.09	.05
EC _{T2} -BE _{T3}	2 / 235	.04	482	487	M0	.80	.04	-.04	.04
EC _{T3} -BE _{T4}	0 / 196	<.01	464	469	M0	.69	.05	.04	.06
EC _{T1} -Ade _{T2}	2 / 250	.02	615	620	M0	.45	.06	-.03	.05
EC _{T2} -Ade _{T3}	1 / 236	.07	637	642	M0	.52	.06	-.06	.06
EC _{T3} -Ade _{T4}	0 / 196	.02	534	538	M0	.54	.07	.08	.07
EC _{T1} -Epa _{T2}	1 / 252	.07	564	565	M0	.70	.04	-.10	.05
EC _{T2} -Epa _{T3}	5 / 232	.01	399	403	M0	.80	.04	.04	.04
EC _{T3} -Epa _{T4}	1 / 195	<.01	403	407	M0	.75	.05	.04	.05
EC _{T1} -Comp _{T2}	0 / 253	.02	662	668	M0	.56	.05	-.02	.06
EC _{T2} -Comp _{T3}	2 / 235	.001	523	528	M0	.74	.05	.01	.05
EC _{T3} -Comp _{T4}	0 / 196	<.01	465	470	M0	.65	.05	.04	.06
EC _{T1} -Rec _{T2}	0 / 253	<.01	638	641	M0	.59	.05	-.08	.05
EC _{T2} -Rec _{T3}	2 / 235	.03	554	557	M0	.73	.05	-.08	.05
EC _{T3} -Rec _{T4}	0 / 196	.04	459	464	M0	.60	.05	.04	.06
EC_{T1}-Vol_{T2}	1 / 251	.03	636	635	M1	.54	.05	-.15*	.05
EC _{T2} -Vol _{T3}	3 / 234	.04	518	524	M0	.70	.05	<-.01	.05
EC _{T3} -Vol _{T4}	0 / 195	<.01	492	496	M0	.60	.06	.08	.07

Notes. ¹Selon M1. *Effet de la VI lorsque M1 est effectivement retenu ou aussi vraisemblable que M0.

Le modèle augmenté n'est retenu que pour la relation, faible et négative, entre la coordination explicite à T1 et la volonté d'engagement à T2 ($\beta_{EC} = -.15$; ES = .05 ; $R^2 = 2.25$ %).

Le tableau 6.16 montre les analyses portant sur les liens entre la coordination implicite (collaboration) et le bien-être psychologique.

Tableau 6.16 : Analyse des liens entre coordination implicite et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Exclus / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
IC_{T1}-BE_{T2}	0 / 253	.02	630	629	M1	.60	.05	-.14*	.05
IC _{T2} -BE _{T3}	2 / 233	.04	479	480	M0	.77	.04	.08	.04
IC _{T3} -BE _{T4}	0 / 195	<.01	462	466	M0	.67	.06	.05	.06
IC _{T1} -Ade _{T2}	2 / 250	.02	615	619	M0	.46	.05	-.05	.05
IC_{T2}-Ade_{T3}	1 / 234	.08	598	597	M1	.49	.05	.13*	.05
IC _{T3} -Ade _{T4}	0 / 195	.02	518	522	M0	.52	.07	.08	.07
IC_{T1}-Epa_{T2}	1 / 252	.08	564	558	M1	.70	.04	-.17*	.05
IC_{T2}-Epa_{T3}	2 / 233	<.01	440	439	M1	.85	.04	.09*	.04
IC _{T3} -Epa _{T4}	1 / 194	<.01	402	407	M0	.75	.05	.02	.05
IC _{T1} -Comp _{T2}	0 / 253	.02	662	665	M0	.57	.05	-.09	.06
IC _{T2} -Comp _{T3}	2 / 233	<.01	520	525	M0	.74	.05	.04	.05
IC _{T3} -Comp _{T4}	0 / 195	<.01	463	468	M0	.65	.05	.03	.06
IC_{T1}-Rec_{T2}	1 / 252	.001	625	623	M1	.59	.05	-.15*	.05
IC _{T2} -Rec _{T3}	2 / 233	.03	547	552	M0	.72	.05	.04	.05
IC _{T3} -Rec _{T4}	0 / 195	.06	455	458	M0	.58	.05	.07	.05
IC _{T1} -Vol _{T2}	0 / 252	.02	646	647	M0	.53	.05	-.12	.05
IC_{T2}-Vol_{T3}	3 / 232	.04	514	513	M1	.68	.05	.11*	.05
IC _{T3} -Vol _{T4}	0 / 194	.002	491	493	M0	.60	.06	.08	.06

Notes. ¹Selon M1. *Effet de la VI lorsque M1 est effectivement retenu ou aussi vraisemblable que M0.

Le modèle augmenté est retenu dans le cas de six relations entre coordination implicite et bien-être psychologique. Ces relations sont toutes faibles, aucune n'est stable dans le temps, certaines sont positives, d'autres négatives.

La coordination implicite à T1 est liée négativement au bien-être psychologique à T2 ($\beta_{IC}=-.14$; ES=.05 ; $R^2=1.96$ %). Cette relation s'explique vraisemblablement par les liens négatifs qu'entretient la coordination implicite à T1 avec les dimensions reconnaissance perçue ($\beta_{IC}=-.15$; ES=.05 ; $R^2=2.25$ %) et épanouissement ($\beta_{IC}=-.17$; ES=.05 ; $R^2=2.89$ %). Ce

dernier s'avère inconsistant puisque coordination implicite à T2 et épanouissement à T3 sont positivement associés ($\beta_{ic}=.09$; $ES=.04$; $R^2=0.81$ %).

La coordination implicite à T2 est aussi liée positivement à l'adéquation interpersonnelle à T3 ($\beta_{ic}=.13$; $ES=.05$; $R^2=1.69$ %) et à la volonté d'engagement à T3 ($\beta_{ic}=.11$; $ES=.05$; $R^2=1.69$ %).

En résumé, la collaboration entretient des relations inconsistantes et instables dans le temps avec le bien-être psychologique au travail. Il n'a pas un seul lien stable et consistant sur les 3 intervalles de mesure. Le lien entre communication d'équipe et adéquation interpersonnelle s'approche toutefois d'une relation stable, étant présent et positif sur deux intervalles de temps (dont un pour lequel l'analyse est irrésolue).

Au vu de la faiblesse, de l'instabilité, voire de l'inconsistance des liens, nous ne pouvons considérer que la collaboration permet de prédire le bien-être psychologique selon nos données. Nous notons toutefois que la communication d'équipe est susceptible de détenir une valeur prédictive sur l'adéquation interpersonnelle.

L'hypothèse H2c est partiellement rejetée, la collaboration ne favorise pas le bien-être psychologique au travail des aides à domicile, mais la communication d'équipe semble potentiellement favoriser l'adéquation interpersonnelle.

Proactivité et bien-être psychologique au travail

Le tableau 6.17 montre les analyses portant sur les liens entre la proactivité individuelle et le bien-être psychologique.

Tableau 6.17 : Analyse des liens entre proactivité individuelle et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Exclus / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
IP _{T1} -BE _{T2}	0 / 255	.02	628	629	M0	.63	.05	-.12	.05
IP _{T2} -BE _{T3}	2 / 235	.04	483	486	M0	.77	.04	.06	.04
IP _{T3} -BE _{T4}	0 / 196	<.01	468	473	M0	.69	.05	.03	.06
IP_{T1}-Ade_{T2}	2 / 252	.02	617	617	M0 | M1	.47	.05	-.12*	.05
IP _{T2} -Ade _{T3}	2 / 235	.08	596	600	M0	.55	.05	.06	.06
IP _{T3} -Ade _{T4}	4 / 192	.01	485	489	M0	.53	.06	-.05	.06
IP _{T1} -Epa _{T2}	1 / 254	.07	563	564	M0	.71	.04	-.10	.05
IP _{T2} -Epa _{T3}	3 / 234	<.01	422	427	M0	.84	.04	<-.01	.04
IP _{T3} -Epa _{T4}	0 / 196	<.01	421	426	M0	.71	.05	-.02	.05
IP _{T1} -Comp _{T2}	0 / 255	.02	666	670	M0	.59	.05	-.07	.06
IP _{T2} -Comp _{T3}	2 / 235	.002	523	527	M0	.73	.05	.06	.05
IP _{T3} -Comp _{T4}	1 / 195	<.01	457	459	M0	.65	.05	.10	.06
IP _{T1} -Rec _{T2}	2 / 253	<.01	614	616	M0	.61	.05	-.11	.05
IP _{T2} -Rec _{T3}	0 / 237	.04	596	601	M0	.66	.05	-.03	.05
IP _{T3} -Rec _{T4}	0 / 196	.05	467	469	M0	.58	.05	.09	.05
IP _{T1} -Vol _{T2}	0 / 254	.03	646	651	M0	.55	.06	-.04	.06
IP_{T2}-Vol_{T3}	1 / 236	.04	548	546	M1	.62	.05	.15*	.05
IP _{T3} -Vol _{T4}	0 / 195	<.01	493	496	M0	.61	.06	.09	.06

Notes. ¹Selon M1. *Effet de la VI lorsque M1 est effectivement retenu ou aussi vraisemblable que M0.

L'analyse du lien entre proactivité individuelle à T1 et adéquation interpersonnelle à T2 est irrésolue ($\beta_{IP}=-.12$; ES=.05 ; $R^2=1.44$ %), leur relation est faible et négative.

Le modèle augmenté est retenu pour le lien entre proactivité individuelle à T2 et volonté d'engagement dans l'organisation à T3 ($\beta_{IC}=.15$; ES=.05 ; $R^2=2.25$ %), faible et positif.

Le tableau 6.18 montre les analyses portant sur les liens entre la proactivité au niveau de l'équipe et le bien-être psychologique.

Tableau 6.18 : Analyse des liens entre proactivité équipe et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Exclus / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
TP _{T1} -BE _{T2}	0 / 255	.02	628	633	M0	.61	.05	-.04	.05
TP _{T2} -BE _{T3}	2 / 236	.04	484	489	M0	.79	.04	-.01	.04
TP _{T3} -BE _{T4}	0 / 194	.01	464	470	M0	.68	.05	.01	.06
TP _{T1} -Ade _{T2}	2 / 252	.02	617	622	M0	.47	.05	-.01	.05
TP _{T2} -Ade _{T3}	1 / 237	.08	605	610	M0	.53	.05	-.03	.06
TP _{T3} -Ade _{T4}	0 / 194	.03	518	523	M0	.55	.06	-.04	.07
TP _{T1} -Epa _{T2}	0 / 255	.08	579	584	M0	.67	.04	-.04	.05
TP _{T2} -Epa _{T3}	4 / 234	.003	410	415	M0	.83	.04	-.03	.04
TP _{T3} -Epa _{T4}	0 / 194	<.01	418	423	M0	.70	.05	-.04	.05
TP _{T1} -Comp _{T2}	0 / 255	.02	666	671	M0	.58	.05	.03	.06
TP _{T2} -Comp _{T3}	2 / 236	.002	524	530	M0	.74	.05	.01	.05
TP _{T3} -Comp _{T4}	0 / 194	<.01	463	468	M0	.64	.05	.04	.06
TP _{T1} -Rec _{T2}	0 / 255	<.01	639	644	M0	.60	.05	-.04	.05
TP _{T2} -Rec _{T3}	1 / 237	.04	572	577	M0	.69	.05	-.01	.05
TP _{T3} -Rec _{T4}	0 / 194	.08	459	464	M0	.56	.05	.04	.06
TP _{T1} -Vol _{T2}	0 / 254	.03	646	651	M0	.55	.05	-.04	.05
TP _{T2} -Vol _{T3}	1 / 237	.04	551	556	M0	.65	.05	.03	.05
TP _{T3} -Vol _{T4}	0 / 193	<.01	486	489	M0	.62	.06	.08	.06

Note. ¹Selon M1.

Le modèle contraint est systématiquement retenu, la proactivité équipe à T n'est jamais liée au bien-être à T+1.

Compte tenu de la quasi-absence de liens entre les deux concepts, la proactivité qu'elle soit individuelle ou au niveau de l'équipe ne permet pas de prédire le bien-être psychologique au travail selon nos données.

L'hypothèse H2d est rejetée, la proactivité ne favorise pas le bien-être psychologique au travail des aides à domicile.

Qualité perçue et bien-être psychologique

Le tableau 6.19 montre les analyses portant sur les liens entre la qualité perçue et le bien-être psychologique.

Tableau 6.19 : Analyse des liens entre qualité perçue et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Exclus / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
Qual _{T1} -BE _{T2}	0 / 255	.02	628	632	M0	.64	.05	-.07	.05
Qual _{T2} -BE _{T3}	2 / 236	.04	482	488	M0	.79	.04	.02	.05
Qual _{T3} -BE _{T4}	0 / 196	<.01	468	474	M0	.68	.06	.02	.06
Qual _{T1} -Ade _{T2}	2 / 252	.02	617	620	M0	.43	.06	.08	.06
Qual _{T2} -Ade _{T3}	0 / 238	.07	641	646	M0	.49	.06	.03	.06
Qual _{T3} -Ade _{T4}	0 / 196	.02	536	539	M0	.50	.07	.11	.07
Qual _{T1} -Epa _{T2}	1 / 254	.08	563	567	M0	.71	.05	-.05	.05
Qual _{T2} -Epa _{T3}	0 / 238	<.01	515	521	M0	.81	.05	<-.01	.05
Qual _{T3} -Epa _{T4}	1 / 195	<.01	411	415	M0	.73	.05	.04	.05
Qual _{T1} -Comp _{T2}	0 / 255	.02	666	670	M0	.59	.05	-.07	.05
Qual _{T2} -Comp _{T3}	2 / 236	.003	522	528	M0	.76	.05	.01	.05
Qual _{T3} -Comp _{T4}	0 / 196	<.01	466	471	M0	.65	.05	.01	.05
Qual _{T1} -Rec _{T2}	1 / 254	.001	626	630	M0	.63	.06	-.08	.06
Qual _{T2} -Rec _{T3}	2 / 236	.04	558	561	M0	.71	.05	.07	.05
Qual _{T3} -Rec _{T4}	0 / 196	.05	467	472	M0	.60	.05	-.03	.05
Qual _{T1} -Vol _{T2}	0 / 254	.03	646	652	M0	.54	.05	.01	.05
Qual _{T2} -Vol _{T3}	0 / 238	.04	581	586	M0	.63	.05	.02	.05
Qual _{T3} -Vol _{T4}	0 / 195	<.01	493	497	M0	.61	.06	.07	.06

Notes. ¹Selon M1.

Le modèle contraint est retenu pour toutes les analyses, la qualité perçue ne permet pas de prédire le bien-être psychologique au travail.

L'hypothèse H2e est rejetée, la qualité perçue ne favorise pas le bien-être psychologique au travail des aides à domicile selon nos données.

Reconnaissance et bien-être psychologique au travail

Le tableau 6.20 montre les analyses portant sur les liens entre la reconnaissance perçue et le bien-être psychologique.

Tableau 6.20 : Analyse des liens entre reconnaissance perçue et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Exclus / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
Reco _{T1} -BE _{T2}	0 / 254	.03	632	635	M0	.54	.06	.10	.06
Reco _{T2} -BE _{T3}	0 / 240	.03	582	585	M0	.61	.07	.12	.07
Reco_{T3}-BE_{T4}	1 / 194	<.01	451	450	M1	.58	.06	.17*	.07
Reco_{T1}-Ade_{T2}	0 / 253	.06	638	634	M1	.42	.06	.20*	.06
Reco _{T2} -Ade _{T3}	0 / 240	.07	644	645	M0	.40	.07	.16	.07
Reco_{T3}-Ade_{T4}	3 / 192	.02	490	485	M1	.40	.08	.26*	.08
Reco _{T1} -Epa _{T2}	0 / 254	.08	581	587	M0	.65	.05	.01	.05
Reco _{T2} -Epa _{T3}	4 / 236	.005	411	414	M0	.79	.04	.07	.04
Reco _{T3} -Epa _{T4}	1 / 194	<.01	405	410	M0	.71	.05	.06	.06
Reco _{T1} -Comp _{T2}	0 / 254	.02	667	670	M0	.53	.05	.08	.06
Reco _{T2} -Comp _{T3}	1 / 239	<.01	599	602	M0	.68	.06	.09	.06
Reco _{T3} -Comp _{T4}	0 / 195	<.01	463	467	M0	.62	.06	.08	.06
Reco _{T1} -Rec _{T2}	0 / 254	<.01	640	643	M0	.54	.06	.09	.07
Reco _{T2} -Rec _{T3}	0 / 240	.04	602	605	M0	.59	.07	.11	.07
Reco _{T3} -Rec _{T4}	0 / 195	.04	465	469	M0	.54	.06	.08	.07
Reco _{T1} -Vol _{T2}	1 / 252	.04	627	632	M0	.52	.05	.05	.06
Reco _{T2} -Vol _{T3}	0 / 240	.04	585	590	M0	.62	.06	.02	.06
Reco_{T3}-Vol_{T4}	0 / 194	<.01	489	488	M1	.55	.06	.16*	.07

Notes. ¹Selon M1. *Effet de la VI lorsque M1 est effectivement retenu ou aussi vraisemblable que M0.

Le modèle augmenté est retenu pour quatre analyses. La reconnaissance à T3 est liée faiblement et positivement au bien-être à T4 ($\beta_{\text{Reco}}=.17$; ES=.07 ; $R^2=2.89$ %), ainsi qu'à la volonté d'engagement dans l'organisation à T4 ($\beta_{\text{Reco}}=.16$; ES=.07 ; $R^2=2.56$ %).

D'autre part, la reconnaissance est modérément et positivement liée à l'adéquation interpersonnelle de T1 à T2 ($\beta_{\text{Reco}}=.20$; ES=.06 ; $R^2=4.00$ %) et de T3 à T4 ($\beta_{\text{Reco}}=.26$; ES=.08 ; $R^2=6.76$ %).

Ces résultats suggérant un possible caractère prédicteur de la reconnaissance vis-à-vis de la dimension adéquation interpersonnelle du bien-être psychologique, nous décidons de préciser les analyses en fonction des différentes sources de reconnaissance perçue.

Le tableau 6.21 présente les analyses portant sur les liens entre reconnaissance perçue provenant des ATP et bien-être psychologique au travail.

Tableau 6.21 : Analyse des liens entre reconnaissance perçue provenant des ATP et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Exclues / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
RecoATP _{T1} -BE _{T2}	1 / 251	.05	592	597	M0	.58	.05	.01	.06
RecoATP _{T2} -BE _{T3}	2 / 235	.04	481	486	M0	.80	.05	-.03	.05
RecoATP _{T3} -BE _{T4}	0 / 192	<.01	460	465	M0	.66	.06	.05	.06
RecoATP _{T1} -Ade _{T2}	3 / 248	.04	585	587	M0	.42	.06	.01	.06
RecoATP _{T2} -Ade _{T3}	0 / 237	.08	639	644	M0	.46	.07	.06	.07
RecoATP_{T3}-Ade_{T4}	0 / 192	.03	525	525	M0 | M1	.46	.08	.16*	.07
RecoATP _{T1} -Epa _{T2}	0 / 252	.10	573	578	M0	.66	.05	-.06	.05
RecoATP _{T2} -Epa _{T3}	4 / 233	<.01	408	412	M0	.80	.04	.05	.04
RecoATP _{T3} -Epa _{T4}	1 / 191	<.01	402	407	M0	.72	.05	.03	.05
RecoATP _{T1} -Comp _{T2}	1 / 251	.03	614	620	M0	.55	.05	<.01	.05
RecoATP _{T2} -Comp _{T3}	1 / 236	<.01	595	598	M0	.69	.06	.07	.06
RecoATP _{T3} -Comp _{T4}	0 / 192	<.01	458	463	M0	.64	.05	.03	.06
RecoATP _{T1} -Rec _{T2}	0 / 252	<.01	637	641	M0	.56	.06	.06	.06
RecoATP _{T2} -Rec _{T3}	0 / 237	.04	593	598	M0	.68	.06	-.03	.06
RecoATP _{T3} -Rec _{T4}	0 / 192	.05	458	462	M0	.54	.06	.06	.06
RecoATP _{T1} -Vol _{T2}	1 / 250	.04	624	629	M0	.52	.05	.03	.06
RecoATP _{T2} -Vol _{T3}	0 / 237	.04	580	586	M0	.63	.06	<-.01	.06
RecoATP _{T3} -Vol _{T4}	0 / 191	<.01	479	483	M0	.60	.06	.06	.06

Notes. ¹Selon M1. *Effet de la VI lorsque M1 est effectivement retenu ou aussi vraisemblable que M0.

L'analyse étant irrésolue, la reconnaissance provenant des ATP est potentiellement liée positivement et faiblement qu'à l'adéquation interpersonnelle de T3 à T4 ($\beta_{\text{RecoPA}}=.16$; $ES=.07$; $R^2=2.56\%$).

Le tableau 6.22 présente les analyses portant sur les liens entre reconnaissance perçue provenant des bénévoles et bien-être psychologique au travail.

Tableau 6.22 : Analyse des liens entre reconnaissance perçue provenant des bénévoles et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Exclues / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
RecoBéné_{T1}-BE_{T2}	0 / 242	.04	610	609	M1	.52	.06	.15*	.06
RecoBéné _{T2} -BE _{T3}	1 / 234	.04	481	486	M0	.78	.05	<.01	.05
RecoBéné _{T3} -BE _{T4}	1 / 188	<.01	441	442	M0	.62	.06	.11	.06
RecoBéné_{T1}-Ade_{T2}	2 / 239	.03	593	590	M1	.38	.06	.16*	.06
RecoBéné _{T2} -Ade _{T3}	0 / 235	.08	601	603	M0	.47	.06	.11	.06
RecoBéné_{T3}-Ade_{T4}	3 / 186	.03	480	478	M1	.47	.07	.18*	.07
RecoBéné _{T1} -Epa _{T2}	1 / 241	.11	539	543	M0	.64	.05	.06	.05
RecoBéné _{T2} -Epa _{T3}	3 / 232	<.01	426	428	M0	.81	.04	.08	.04
RecoBéné _{T3} -Epa _{T4}	1 / 188	<.01	393	398	M0	.72	.05	.04	.05
RecoBéné _{T1} -Comp _{T2}	0 / 242	.03	644	648	M0	.54	.05	.08	.06
RecoBéné _{T2} -Comp _{T3}	5 / 230	.03	483	486	M0	.65	.05	.07	.05
RecoBéné _{T3} -Comp _{T4}	0 / 189	<.01	453	456	M0	.63	.05	.08	.06
RecoBéné_{T1}-Rec_{T2}	0 / 242	<.01	617	616	M1	.52	.06	.15*	.06
RecoBéné _{T2} -Rec _{T3}	1 / 234	.03	554	559	M0	.69	.06	.03	.06
RecoBéné _{T3} -Rec _{T4}	0 / 189	.05	451	457	M0	.55	.06	.02	.06
RecoBéné _{T1} -Vol _{T2}	0 / 241	.04	621	622	M0	.48	.06	.12	.05
RecoBéné _{T2} -Vol _{T3}	2 / 233	.04	516	521	M0	.72	.05	-.04	.05
RecoBéné _{T3} -Vol _{T4}	0 / 188	<.01	474	475	M0	.58	.06	.14	.06

Notes. ¹Selon M1. *Effet de la VI lorsque M1 est effectivement retenu ou aussi vraisemblable que M0.

La reconnaissance provenant des bénévoles à T1 est liée positivement au bien-être psychologique au travail à T2 ($\beta_{\text{RecoBéné}}=.15$; ES=.06 ; $R^2=2.25$ %), à l'adéquation interpersonnelle à T2 ($\beta_{\text{RecoBéné}}=.16$; ES=.06 ; $R^2=2.56$ %) et à la dimension reconnaissance perçue du bien-être psychologique à T2 ($\beta_{\text{RecoBéné}}=.15$; ES=.06 ; $R^2=2.25$ %). De tous ces liens, seul celui à l'adéquation se retrouve sur un autre intervalle de temps, à savoir de T3 à T4 ($\beta_{\text{RecoBéné}}=.18$; ES=.07 ; $R^2=3.24$ %)

Le tableau 6.23 présente les analyses portant sur les liens entre reconnaissance perçue provenant de l'encadrement et bien-être psychologique au travail.

Tableau 6.23 : Analyse des liens entre reconnaissance perçue provenant de l'encadrement et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Exclues / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
RecoCadr _{T1} -BE _{T2}	0 / 249	.03	623	628	M0	.56	.06	.04	.06
RecoCadr _{T2} -BE _{T3}	2 / 235	.04	482	488	M0	.77	.05	.03	.06
RecoCadr_{T3}-BE_{T4}	2 / 189	<.01	440	440	M0 | M1	.59	.07	.17*	.07
RecoCadr_{T1}-Ade_{T2}	0 / 248	.06	630	630	M0 | M1	.44	.06	.14*	.06
RecoCadr_{T2}-Ade_{T3}	2 / 235	.08	596	594	M1	.47	.06	.17*	.07
RecoCadr_{T3}-Ade_{T4}	3 / 188	.03	482	476	M1	.40	.07	.27*	.08
RecoCadr _{T1} -Epa _{T2}	0 / 249	.10	568	574	M0	.64	.05	.01	.05
RecoCadr _{T2} -Epa _{T3}	4 / 233	.01	409	410	M0	.79	.04	.09	.04
RecoCadr _{T3} -Epa _{T4}	1 / 190	<.01	401	405	M0	.70	.05	.07	.06
RecoCadr _{T1} -Comp _{T2}	0 / 249	.02	658	663	M0	.54	.05	.04	.06
RecoCadr _{T2} -Comp _{T3}	2 / 235	<.01	523	527	M0	.72	.05	.06	.05
RecoCadr _{T3} -Comp _{T4}	0 / 191	<.01	456	461	M0	.64	.06	.05	.06
RecoCadr _{T1} -Rec _{T2}	0 / 249	<.01	622	628	M0	.59	.06	<.01	.06
RecoCadr _{T2} -Rec _{T3}	1 / 236	.03	570	575	M0	.64	.06	.07	.07
RecoCadr _{T3} -Rec _{T4}	0 / 191	.06	456	461	M0	.56	.06	.03	.07
RecoCadr _{T1} -Vol _{T2}	1 / 247	.03	637	642	M0	.52	.06	.02	.06
RecoCadr _{T2} -Vol _{T3}	1 / 236	.03	547	553	M0	.64	.05	.01	.06
RecoCadr_{T3}-Vol_{T4}	0 / 190	<.01	476	476	M0 | M1	.57	.06	.15*	.07

Notes. ¹Selon M1. *Effet de la VI lorsque M1 est effectivement retenu ou aussi vraisemblable que M0.

La reconnaissance provenant de l'encadrement est liée positivement à l'adéquation interpersonnelle, pour tous les intervalles de temps de faiblement à modérément : de T1 à T2 ($\beta_{\text{RecoCadr}}=.14$; ES=.06 ; $R^2=1.96$ %), de T2 à T3 ($\beta_{\text{RecoCadr}}=.17$; ES=.07 ; $R^2=2.89$ %) et de T3 à T4 ($\beta_{\text{RecoCadr}}=.27$; ES=.08 ; $R^2=7.29$ %).

Le tableau 6.24 présente les analyses portant sur les liens entre reconnaissance perçue provenant des collègues et bien-être psychologique au travail.

Tableau 6.24 : Analyse des liens entre reconnaissance perçue provenant des collègues et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Exclues / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
RecoColl _{T1} -BE _{T2}	0 / 249	.03	621	626	M0	.57	.05	.02	.06
RecoColl _{T2} -BE _{T3}	2 / 233	.04	480	484	M0	.76	.05	.06	.05
RecoColl _{T3} -BE _{T4}	0 / 192	<.01	459	464	M0	.65	.06	.05	.07
RecoColl _{T1} -Ade _{T2}	0 / 249	.06	631	634	M0	.48	.06	.09	.06
RecoColl_{T2}-Ade_{T3}	1 / 234	.08	592	592	M0 | M1	.49	.06	.14*	.06
RecoColl_{T3}-Ade_{T4}	0 / 192	.04	510	507	M1	.43	.07	.22*	.07
RecoColl _{T1} -Epa _{T2}	0 / 249	.07	569	574	M0	.66	.05	-.03	.05
RecoColl _{T2} -Epa _{T3}	3 / 232	.01	406	409	M0	.80	.04	.06	.04
RecoColl _{T3} -Epa _{T4}	0 / 192	<.01	412	416	M0	.68	.05	.05	.06
RecoColl _{T1} -Comp _{T2}	0 / 249	.02	657	662	M0	.55	.05	.05	.06
RecoColl _{T2} -Comp _{T3}	2 / 233	<.01	520	524	M0	.73	.05	.06	.05
RecoColl _{T3} -Comp _{T4}	0 / 192	<.01	459	464	M0	.65	.05	<-.01	.06
RecoColl _{T1} -Rec _{T2}	0 / 249	<.01	621	626	M0	.56	.05	.05	.06
RecoColl _{T2} -Rec _{T3}	2 / 233	.03	550	553	M0	.70	.06	.08	.06
RecoColl _{T3} -Rec _{T4}	0 / 192	.06	455	461	M0	.56	.06	<-.01	.06
RecoColl _{T1} -Vol _{T2}	0 / 248	.03	639	645	M0	.53	.05	-.02	.05
RecoColl _{T2} -Vol _{T3}	0 / 235	.04	570	576	M0	.62	.05	<-.01	.05
RecoColl _{T3} -Vol _{T4}	0 / 191	<.01	479	482	M0	.60	.06	.09	.06

Notes. ¹Selon M1. *Effet de la VI lorsque M1 est effectivement retenu ou aussi vraisemblable que M0.

La reconnaissance provenant des collègues est liée positivement à l'adéquation interpersonnelle de T2 à T3 ($\beta_{\text{RecoColl}}=.14$; ES=.06 ; $R^2=1.96$ %) et de T3 à T4 ($\beta_{\text{RecoColl}}=.22$; ES=.07 ; $R^2=4.84$ %).

Le tableau 6.25 présente les analyses portant sur les liens entre reconnaissance perçue provenant des PA et bien-être psychologique au travail.

Tableau 6.25 : Analyse des liens entre reconnaissance perçue provenant des PA et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Exclues / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
RecoPA _{T1} -BE _{T2}	2 / 249	.05	575	580	M0	.60	.05	.03	.05
RecoPA _{T2} -BE _{T3}	2 / 237	.04	485	490	M0	.77	.05	.02	.05
RecoPA _{T3} -BE _{T4}	0 / 195	<.01	465	467	M0	.64	.06	.11	.06
RecoPA _{T1} -Ade _{T2}	0 / 250	.06	633	637	M0	.51	.05	.07	.06
RecoPA _{T2} -Ade _{T3}	0 / 239	.07	643	648	M0	.49	.06	.04	.06
RecoPA _{T3} -Ade _{T4}	0 / 195	.02	531	532	M0	.51	.07	.13	.07
RecoPA _{T1} -Epa _{T2}	1 / 250	.09	561	562	M0	.66	.04	.10	.05
RecoPA _{T2} -Epa _{T3}	2 / 237	<.01	482	488	M0	.83	.05	-.03	.05
RecoPA _{T3} -Epa _{T4}	0 / 195	<.01	461	420	M0	.68	.05	.05	.05
RecoPA _{T1} -Comp _{T2}	1 / 250	.03	613	617	M0	.52	.05	.08	.06
RecoPA _{T2} -Comp _{T3}	4 / 235	.02	512	515	M0	.67	.05	.07	.05
RecoPA _{T3} -Comp _{T4}	0 / 195	<.01	463	464	M0	.61	.05	.12	.06
RecoPA _{T1} -Rec _{T2}	0 / 251	<.01	634	639	M0	.59	.06	-.02	.06
RecoPA _{T2} -Rec _{T3}	0 / 239	.04	600	604	M0	.61	.06	.08	.06
RecoPA_{T3}-Rec_{T4}	0 / 195	.04	465	464	M1	.53	.05	.15*	.06
RecoPA _{T1} -Vol _{T2}	1 / 249	.04	620	625	M0	.54	.05	.01	.06
RecoPA _{T2} -Vol _{T3}	4 / 235	.05	512	518	M0	.70	.05	-.02	.05
RecoPA _{T3} -Vol _{T4}	0 / 194	<.01	489	490	M0	.59	.06	.01	.06

Notes. ¹Selon M1. *Effet de la VI lorsque M1 est effectivement retenu ou aussi vraisemblable que M0.

La reconnaissance provenant des PA n'est liée qu'à la dimension reconnaissance perçue du bien-être psychologique de T3 à T4 ($\beta_{\text{RecoPA}}=.15$; ES=.06 ; $R^2=2.25$ %).

En résumé, la reconnaissance perçue semble entretenir des liens avec la dimension adéquation interpersonnelle du bien-être psychologique au travail. En particulier, cette relation est stable dans le temps concernant la reconnaissance perçue provenant de l'encadrement. Elle se retrouve également pour deux intervalles de temps concernant la reconnaissance provenant des bénévoles et des collègues, et pour un intervalle avec la reconnaissance provenant des ATP. La reconnaissance provenant des PA en revanche est très peu liée au bien-être psychologique, et pas du tout à sa dimension d'adéquation interpersonnelle.

Les liens avec les autres dimensions du bien-être sont très instables dans le temps, bien que systématiquement faiblement positifs lorsque présents.

Au vu des liens observés, nous pouvons considérer que la reconnaissance perçue, lorsqu'elle provient des membres de l'organisation mais principalement de l'encadrement, participe à prédire la dimension adéquation interpersonnelle du bien-être psychologique au travail. C'est-à-dire que la perception qu'on les AD d'être reconnu(e)s, notamment par leur encadrement de proximité, est liée à l'impression d'avoir des interactions positives en contexte de travail.

L'hypothèse H2f est partiellement acceptée, certains types de reconnaissance favorisent le bien-être psychologique au travail des aides à domicile.

Synthèse des liens entre ressources et santé au travail

Le tableau 6.26 reprend l'ensemble des résultats concernant les relations entre ressources professionnelles et bien-être psychologique au travail.

Tableau 6.26 : Synthèse des liens entre ressources professionnelles et le bien-être psychologique au travail

Ressources	BE	Ade	Epa	Comp	Rec	Vol
LD	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Coll	ns	ns / ns / +	- / + / ns	ns	ns	ns
TC	ns	ns / + / +	ns / + / ns	ns	ns	ns
SY	ns	ns	- / ns / ns	ns	ns	ns
EC	ns	ns	ns	ns	ns	- / ns / ns
IC	- / ns / ns	ns / + / ns	- / + / ns	ns	- / ns / ns	ns / + / ns
IP	- / ns / ns	ns	ns	ns	ns	ns / + / ns
TP	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Qual	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Reco	ns / ns / +	+ / ns / +	ns	ns	ns	ns / ns / +
ATP	ns	ns / ns / +	ns / + / ns	ns	ns	ns
Bénévole	+ / ns / ns	+ / ns / +	ns	ns	+ / ns / ns	ns
Cadre	ns / ns / +	+ / + / +	ns	ns	ns	ns / ns / +
Collègues	ns	ns / + / +	ns	ns	ns	ns
PA	ns	ns	ns	ns	ns / ns / +	ns

Note. + : relation positive ; - : relation négative ; ns : absence de relation.

Les symboles sont présentés dans l'ordre des trois intervalles de temps testés (T1-T2 / T2-T3 / T3-T4).

+ : vraisemblances M0 et M1 identiques.

DP : demandes psychologiques ; LD : latitude décisionnelle ; Coll : collaboration ; TC : communication d'équipe ; SY : synchronicité ; EC : coordination explicite ; IC : coordination implicite ; IP : proactivité individuelle ; TP : proactivité équipe ; Qual : qualité perçue ; Reco : Reconnaissance ; BE : bien-être psychologique au travail ; Ade : adéquation interpersonnelle ; Epa : épanouissement ; Comp : sentiment de compétence ; Rec : reconnaissance ; Vol : volonté d'engagement dans l'organisation.

Globalement, seule la reconnaissance entretient des liens stables dans le temps avec une dimension du bien-être psychologique au travail : l'adéquation interpersonnelle. La communication d'équipe, dans une moindre mesure, semble elle aussi liée à l'adéquation

interpersonnelle. Les relations, avec précédence temporelle, des autres ressources avec le bien-être psychologique et à ses dimensions sont soit inexistantes, soit inconsistantes, instables dans le temps et/ou très faibles.

Les hypothèses H2b, H2d et H2e sont rejetées, selon nos données, la latitude décisionnelle, la proactivité et la qualité perçue ne favorisent pas le bien-être professionnel des aides à domicile.

Les hypothèses H2c et H2f sont partiellement acceptées. Selon les données, la reconnaissance perçue provenant de l'encadrement favorise le bien-être psychologique à travers l'adéquation interpersonnelle. C'est également le cas, de manière moins stable dans le temps, pour la reconnaissance perçue provenant des collègues et des bénévoles, ainsi que pour la communication d'équipe.

6.3.2.3.2. Liens entre santé au travail et intention de quitter le poste

Les tableaux 6.27 et 6.28 présentent respectivement les résultats des analyses portant sur les liens entre santé au travail (bien-être et épuisement professionnel) et résultats organisationnels (intention de quitter le poste).

Tableau 6.27 : Analyse des liens entre épuisement professionnel et intention de quitter le poste

VI-VD	Exclues / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
EP _{T1} -Turn _{T2}	1 / 249	.04	539	544	M0	.79	.05	-.06	.05
EP _{T2} -Turn _{T3}	0 / 237	.05	498	503	M0	.76	.05	.02	.05
EP _{T3} -Turn _{T4}	0 / 193	<.01	421	426	M0	.74	.06	.02	.06
FP _{T1} -Turn _{T2}	0 / 250	.04	549	554	M0	.75	.06	-.02	.06
FP _{T2} -Turn _{T3}	0 / 237	.05	498	503	M0	.77	.05	<-.01	.05
FP _{T3} -Turn _{T4}	0 / 193	<.01	421	426	M0	.73	.07	.04	.07
LC _{T1} -Turn _{T2}	1 / 249	.04	539	541	M0	.79	.05	-.10	.05
LC _{T2} -Turn _{T3}	0 / 236	.05	497	502	M0	.76	.05	.02	.05
LC _{T3} -Turn _{T4}	0 / 192	<.01	420	425	M0	.76	.06	-.02	.06
EE _{T1} -Turn _{T2}	0 / 248	.04	545	549	M0	.75	.05	-.05	.05
EE _{T2} -Turn _{T3}	0 / 236	.05	497	502	M0	.76	.05	.04	.05
EE _{T3} -Turn _{T4}	0 / 192	<.01	420	425	M0	.75	.05	.03	.05

Notes. ¹Selon M1.

Le modèle contraint est systématiquement retenu, le bien-être psychologique et l'épuisement professionnel ne permettent pas de prédire l'intention de quitter le poste.

L'hypothèse H2g est rejetée, l'épuisement professionnel n'augmente pas l'intention de quitter le poste.

Tableau 6.28 : Analyse des liens entre bien-être psychologique au travail et intention de quitter le poste

VI-VD	Exclus / N	ICC asso	BIC M0	BIC M1	Modèle retenu	Effet VD ¹		Effet VI ¹	
						β	ES	β	ES
BE _{T1} -Turn _{T2}	0 / 250	.03	549	554	M0	.72	.05	-.03	.05
BE _{T2} -Turn _{T3}	0 / 237	.05	498	502	M0	.74	.05	-.05	.05
BE _{T3} -Turn _{T4}	1 / 193	.01	419	425	M0	.77	.06	.01	.05
Ade _{T1} -Turn _{T2}	0 / 249	.04	548	553	M0	.75	.05	.04	.05
Ade _{T2} -Turn _{T3}	1 / 236	.06	486	491	M0	.75	.05	-.04	.05
Ade _{T3} -Turn _{T4}	1 / 193	.01	419	423	M0	.79	.05	.08	.06
Epa _{T1} -Turn _{T2}	2 / 248	.04	534	535	M0	.70	.05	-.10	.05
Epa _{T2} -Turn _{T3}	0 / 237	.05	498	503	M0	.75	.05	-.02	.05
Epa _{T3} -Turn _{T4}	0 / 194	.01	423	427	M0	.73	.06	-.05	.05
Comp _{T1} -Turn _{T2}	2 / 248	.03	534	539	M0	.75	.05	.01	.04
Comp _{T2} -Turn _{T3}	0 / 237	.05	498	503	M0	.77	.05	.01	.04
Comp _{T3} -Turn _{T4}	0 / 194	.01	423	427	M0	.74	.05	-.05	.05
Rec _{T1} -Turn _{T2}	0 / 250	.04	549	554	M0	.72	.05	-.04	.05
Rec _{T2} -Turn _{T3}	0 / 237	.05	498	502	M0	.74	.05	-.06	.05
Rec _{T3} -Turn _{T4}	0 / 194	.01	423	427	M0	.73	.05	-.06	.05
Vol _{T1} -Turn _{T2}	0 / 249	.03	547	552	M0	.72	.05	-.04	.05
Vol _{T2} -Turn _{T3}	0 / 237	.05	498	502	M0	.74	.05	-.04	.05
Vol _{T3} -Turn _{T4}	1 / 193	.01	419	423	M0	.78	.06	.06	.05

Notes. ¹Selon M1.

Le modèle contraint est systématiquement retenu, le bien-être psychologique ne permet pas de prédire l'intention de quitter le poste.

L'hypothèse H2h est rejetée, le bien-être psychologique au travail ne diminue pas l'intention de quitter le poste.

6.3.2.4. Synthèse des analyse portant sur les liens entre antécédents, indicateurs de santé et résultats organisationnels

Les données recueillies nous indiquent que les liens attendus entre antécédents de santé, indicateurs de santé, et résultats organisationnels ne sont globalement pas retrouvés dans notre échantillon.

Pour la plupart, les exigences (demandes psychologiques) et ressources (latitude décisionnelle, collaboration, proactivité, qualité perçue) mesurées ne permettent pas de prédire les indicateurs de santé au travail. Seule la reconnaissance perçue, principalement lorsqu'elle provient de l'encadrement est résolument favorable au bien-être professionnel des aides à domicile, à travers l'adéquation interpersonnelle. La communication d'équipe ainsi que la reconnaissance perçue des bénévoles et des collègues, semblent également favorables à l'adéquation interpersonnelle, bien que les liens soient moins stables.

D'autre part, les indicateurs de santé au travail (bien-être psychologique au travail et épuisement professionnel) ne permettent pas de prédire les résultats organisationnels (intention de quitter le poste).

Chapitre 7. Analyse qualitative du dispositif, de son impact et de la santé au travail des aides à domicile

Le chapitre précédent a porté sur l'analyse quantitative de l'impact du dispositif de discussion et de la santé au travail des aides à domicile. Les conclusions de l'analyse quantitative s'avèrent relativement éloignées des résultats attendus : d'une part le dispositif semble être associé à une diminution de la reconnaissance, d'autre part les liens postulés entre antécédents de santé, indicateurs de santé et résultats organisationnels ne sont majoritairement pas retrouvés.

Dans ce chapitre, nous tentons de mieux appréhender ces deux objets d'étude que sont le dispositif de discussion et la santé au travail des aides à domicile. Il y est question d'explorer la perception que les AD ont du dispositif et de son impact, mais également de rendre compte de plusieurs éléments participant à enrichir la compréhension de la santé au travail des aides à domicile.

7.1. Évaluation du dispositif et de son impact selon la perception des aides à domicile

Cette partie décrit le processus et les résultats de l'analyse qualitative du dispositif mis en place, réalisé à travers la perception des principales concernées, les aides à domicile ayant participé. Qu'est-ce que les AD ont pensé des EDD expérimentés ? Quels avantages, quels inconvénients, quelles pistes d'amélioration leur ont-elles trouvé ? Une partie au moins des réponses se trouve dans les pages qui suivent.

Il est également question de tester l'hypothèse H1 : La mise en place d'un dispositif de discussion sur le travail permet, en accroissant les ressources professionnelles et en diminuant les exigences professionnelles, de protéger et développer la santé au travail des AD, conduisant à une amélioration des résultats organisationnels.

Plus précisément, elle porte sur l'opérationnalisation de H1, telle que :

H1 α : le dispositif de discussion permet d'accroître les ressources professionnelles des aides à domicile.

H1 β : le dispositif de discussion permet de réduire les exigences professionnelles des aides à domicile.

H1 γ : le dispositif de discussion permet de protéger et de développer la santé au travail des aides à domicile.

H1 δ : le dispositif de discussion est associé à une amélioration des résultats organisationnels.

7.1.1. Méthodologie

7.1.1.1. Participantes et procédure

Pour évaluer qualitativement le dispositif auprès du public cible, les aides à domicile, nous avons opté pour la réalisation de focus groups (ou groupes de discussion focalisée). Ces entretiens collectifs permettent notamment aux participants de développer l'expression de leurs représentations à travers la discussion et dans un contexte d'échange entre pairs plus écologique que lors d'un entretien individuel (Slocum, 2006). Les focus groups ont ciblé les aides à domicile ayant participé aux EDD, dans les six associations de la première cohorte. En effet, au moment de la réalisation de ces entretiens collectifs, la seconde cohorte n'avait pas encore initié le dispositif.

Nous sommes passé par les encadrantes de chaque association concernée pour solliciter la participation des AD et organiser un temps avec elles. Le focus group a été présenté aux salariées comme un temps d'échange sur leur perception du projet santé au travail.

Chacun des six focus groups a duré 1h30, entre octobre et novembre 2019 (« Seconde période ») et a rassemblé 4 à 9 aides à domicile (37 au total). Certaines d'entre elles avaient participé au premier groupe de travail de leur association tandis que d'autres ont pris part au second.

Il convient donc de noter que les participantes se trouvaient soit dans le cas où plusieurs mois s'étaient écoulés depuis leur dernière participation à un EDD, soit dans le cas où le travail sur la problématique choisie par leur EDD était encore en cours.

7.1.1.2. Construction du guide d'entretien

Comment mesurer l'impact du dispositif de discussion, selon la perception des acteurs ? Quels aspects examiner ? Ultimement, quelles questions poser ? Il s'agit là des interrogations à l'origine de cette partie visant l'analyse qualitative de l'intervention.

Pour y répondre, nous avons mobilisé une partie de la littérature portant sur l'évaluation des interventions organisationnelles et renvoyant à différentes thématiques sous-jacentes :

- la nécessité de l'analyse des processus sous-tendant les interventions (Ipsen et al., 2015 ; Nielsen et al., 2009 ; Nielsen et al., 2013),
- l'intérêt pour ce faire d'une double approche quantitative et qualitative (Abildgaard et al., 2016 ; Nielsen & Randall, 2012 ; van Berkel et al., 2013),
- la caractérisation des processus en question (Nielsen et Randall, 2013 ; Randall et al., 2007),
- la spécification des types d'effets des interventions (Fridrich et al., 2016 ; Nahon et al., 2018)

Ces travaux nous ont tout autant permis d'étayer théoriquement notre approche, qu'accompagné dans la formulation concrète des questions. Suite à ces lectures et dans une tentative de synthèse, le guide d'entretien ([annexe 7.1](#)) s'est structuré autour de cinq blocs.

Bloc A : Les effets primaires de l'intervention

« Qu'est-ce que ça vous a apporté, à vous, d'avoir participé aux réunions santé au travail ? »

Ce premier bloc a vocation à explorer les effets de la participation aux EDD. Il renvoie à la notion de microprocessus (Randall et al., 2007), donc à la perception de l'impact de l'intervention. Il est plutôt centré, mais pas exclusivement, sur des « effets premiers » (Nahon et al., 2018, p.2), potentiellement de nature à la fois individuelle et organisationnelle (Fridrich et al., 2016). L'appellation « primaire » découle du fait que ces effets sont liés au seul fait de participer au dispositif.

Bloc B : Les effets secondaires de l'intervention

« Qu'est-ce que la démarche santé au travail a amené comme changements dans l'association ou dans vos conditions de travail ? »

Ici, nous nous intéressons aux effets liés à des actions réalisées hors de l'EDD en lui-même, d'où la qualification de « secondaire ». Ce bloc cible lui aussi la notion de microprocessus, mais pour des effets plutôt orientés vers le niveau organisationnel.

Bloc C : Conclusion sur les effets de la démarche.

Dans cette partie, nous avons voulu obtenir des informations complémentaires sur des thèmes d'intérêt identifiés au préalable, au cas où ils n'auraient pas été évoqués en réponse aux précédentes questions. Il s'agit d'une part d'éléments qui selon la littérature sont favorisés par les EDD, et d'autre part d'éléments que nous avons pu observer en animant et en assistant aux réunions santé au travail. Huit thèmes ont ainsi été vidéo-projetés aux participantes des focus groups : reconnaissance, écarts entre les tâches demandées et la réalité, bien faire son travail, expression des ressentis/difficultés, pouvoir d'agir, équité, collectif de travail, apprendre les uns des autres.

Certains de ces thèmes renvoient à des concepts bien précis, mais ils n'ont pas été expliqués aux participantes, l'objectif étant d'explorer ce qu'ils leur évoqueraient. La consigne était la suivante : *« Pour compléter vos réponses, je vais vous montrer plusieurs mots ou expressions. J'aimerais que vous me disiez si vous voyez ou non des liens entre ces thèmes et les réunions en groupe de travail. »*.

Bloc D : Évaluation de la conception et de l'implémentation du dispositif.

« De manière générale, qu'avez-vous pensé de la façon dont cette démarche santé au travail a été mise en place ? »

Première question de ce quatrième bloc, elle vise à interroger la perception du macroprocessus, soit la qualité de l'ingénierie du dispositif, la façon dont il est présenté et intégré à l'organisation, les leviers actionnés pour favoriser son bon déroulement (Randall et al., 2007). Elle est complétée de plusieurs relances visant à soulever différents aspects du macroprocessus (composition du groupe de travail, implication des acteurs, durée et fréquence des réunions, modalités d'animation, etc).

« Qu'est-ce que vous feriez pour améliorer cette démarche santé au travail ? »

Toujours sur le macroprocessus, il s'agit ici d'une autre manière d'explorer les éventuelles insuffisances de la démarche.

« En tant que participantes, qu'avez-vous transmis à vos collègues de ce qui s'est passé/dit dans ce groupe de travail ? »

L'objectif de cette question est d'approfondir la notion de communication interne sur le dispositif, élément identifié comme critique par plusieurs des travaux ayant guidé la construction de ce guide d'entretien.

Bloc E : Exploration du contexte organisationnel.

« Depuis 2018, quels changements ou événements ont impacté votre travail, vos tâches quotidiennes ou votre planning ? »

Ce bloc permet de compléter l'évaluation du dispositif avec d'éventuels éléments contextuels susceptibles d'impacter plus ou moins directement les participantes et/ou le dispositif, et par là même d'altérer le déroulement ou les effets de l'intervention.

7.1.1.3. Retranscription et analyse des données

Les focus groups ont été retranscrits avec le support du logiciel Sonal (Alber et al., 2015) qui facilite notamment la simultanéité de la transcription et d'un premier niveau d'analyse de contenu. Cette analyse s'est déroulée en cinq étapes :

1. Au fil de la retranscription, le contenu de chaque focus group a été étiqueté à la fois concernant son bloc d'appartenance et les thèmes abordés. Par exemple, un échange a pu être étiqueté comme relevant du bloc A « effets primaires de l'intervention », et abordant les notions de soutien entre collègues et d'interconnaissance. Les digressions, bien qu'intéressantes dans l'absolu, n'ont pas fait l'objet d'un traitement poussé et ont été rassemblées sous l'intitulé « Autre ».

2. La totalité du contenu (hors digressions) a été classée selon les cinq blocs, A « Effets primaire », B « Effets secondaires », C « Conclusion effets », D « Évaluation », E « Contexte », et organisée au sein de ces blocs selon les thèmes abordés.

3. Des catégories ont été créées à partir des thèmes identifiés. Pour ce faire, nous avons parfois regroupé des thèmes appartenant à différents blocs. Par exemple, la catégorie

« Collectif de travail », comprend les thèmes « Mieux se connaître entre AD » (issu du bloc A) et « Impression d'un impact favorable sur les pratiques de l'administratif » (issu du bloc B).

4. Nous avons identifié les thèmes bénéficiant d'une certaine représentativité. Sont considérés comme « transversaux » ceux qui apparaissent dans au moins trois focus groups sur six, signe qu'ils sont plausiblement représentatifs de la perception des AD. Les thèmes présents dans un ou deux focus groups uniquement sont qualifiés de « spécifiques ».

5. Nous avons précisé les thèmes qui ont été associés à du désaccord au sein de certains focus groups. Nous estimons qu'il s'agit d'une information pertinente, car elle indique qu'un thème peut se retrouver dans plusieurs focus groups, donc être représentatif des caractéristiques de la démarche, sans pour autant faire l'unanimité au sein d'un focus group.

La figure 7.1 présente, à titre indicatif, la proportion de temps allouée à chaque bloc, en ne se basant que sur cinq focus groups, le sixième ayant été retranscrit avant que nous ne commencions à utiliser Sonal.

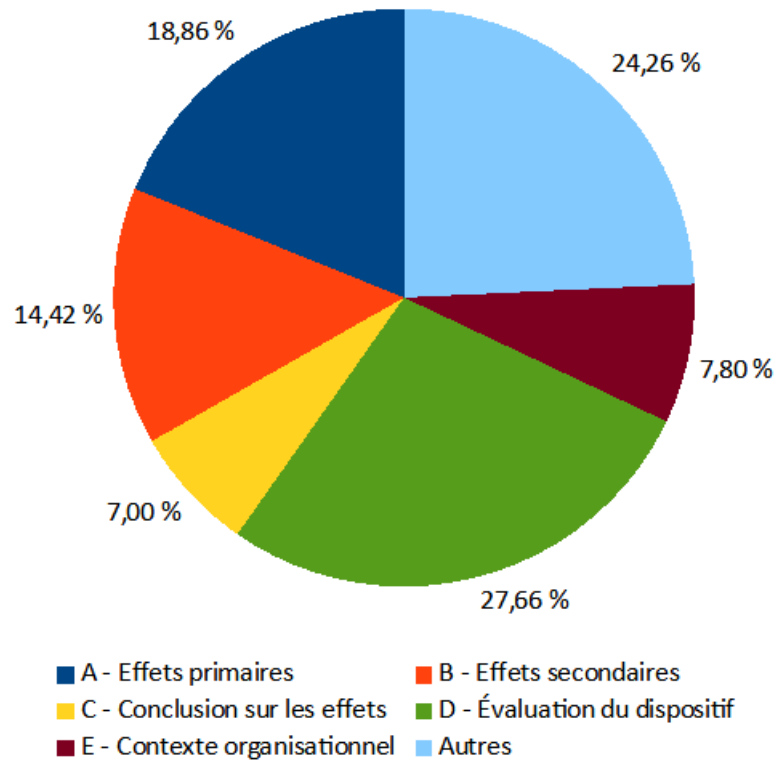


Figure 7.1 : Proportion de temps d'échange pour chaque bloc d'analyse

La proportion de temps de digression est considérable car les échanges ont facilement dévié vers le quotidien des professionnelles. Ce contenu n’a cependant pas été perdu, puisqu’il a nourri notre compréhension de la santé des professionnelles (cf point 7.2.3).

Pour garantir l’anonymat des participantes, les retranscriptions des entretiens ne sont pas rendues accessibles, car certains contenus permettraient de les identifier.

7.1.2. Résultats

La présentation des résultats de notre analyse des focus groups s’articule autour des quatre blocs principaux : A « Effets primaires de l’intervention », B « Effets secondaires de l’intervention », D « Évaluation de l’intervention », E « éléments contextuels ». Les éléments obtenus en lien avec le bloc C « Conclusion sur les effets de la démarche » y sont répartis.

L’analyse du contenu de chaque bloc commence par un tableau récapitulatif de l’ensemble des catégories et thèmes identifiés. Puis des commentaires plus détaillés sont proposés.

7.1.2.1. Effets primaires de l’intervention

Cette partie recense les effets primaires de la démarche, donc ce que la participation au dispositif de discussion a apporté aux salariées. Le tableau 7.1 en présente une synthèse.

Tableau 7.1 : Récapitulatif des effets primaires de l’intervention

Collectif de travail (6/6)	
Thèmes transversaux	Mieux se connaître entre aides à domicile (5/6) ^{A, C} Avoir l’impression d’un impact favorable sur les pratiques de l’administratif (5/6) – <i>Dissensus</i> ^B Mieux comprendre le fonctionnement du travail administratif (4/6) ^A Se rendre compte que nos difficultés et inquiétudes sont partagées par les collègues (4/6) ^{A, C} Échanger des difficultés permet de partager les astuces et représente un soutien face aux situations problématiques à domicile (4/6) ^{A, C} Favoriser le fait de chercher du soutien auprès des collègues (3/6) ^{A, C}
Thèmes spécifiques	Favoriser une cohésion entre tous les acteurs présents (2/6) ^A Occasion de soutien social (2/6) ^A Réfléchir collectivement permet de profiter des idées de chacun (2/6) ^A

Partager les difficultés liées à la planification permet de limiter les suspicions d'injustice (1/6)^A

Reconnaissance (6/6)

Thèmes transversaux	Plus de reconnaissance perçue venant de l'association et/ou de l'administratif (5/6) – <i>Dissensus</i> ^C Sentiment d'avoir été écouté, entendu, pris en compte (4/6) ^A
Thèmes spécifiques	Se sentir plus en capacité de/légitime à faire entendre sa voix auprès des personnes extérieures au service (2/6) ^{A,C} Sentiment de reconnaissance lié à l'intervention de quelqu'un d'extérieur et à la réalisation d'une étude sur leur métier (1/6) ^A

Expression des ressentis et difficultés (6/6)^C

Posture et pratiques professionnelles (5/6)

Thèmes transversaux	Favoriser des processus réflexifs (3/6) ^{A,C}
Thèmes spécifiques	Changement dans la communication avec l'administratif (2/6) ^A Changement dans l'utilisation de l'outil de liaison (1/6) ^A Vigilance accrue pour repérer des situations qui pourraient devenir problématiques, anticipation des difficultés permise par le partage d'expérience (1/6) ^A Evolution dans la gestion de la conciliation vie pro - vie privée (1/6) ^A

Inscription dans l'association (4/6)

Thèmes spécifiques	Lien avec les bénévoles participants aux réunions (2/6) ^A Sentiment d'utilité, d'implication dans l'association (2/6) ^A Mieux comprendre le fonctionnement de l'association (2/6) ^{A,C} Possibilité de débat avec un décideur (1/6) ^A Meilleure compréhension des partenariats et acteurs entourant l'association (1/6) ^A
--------------------	--

Pouvoir d'agir (4/6) – *Dissensus*^C

Effets négatifs associés à la démarche (2/6)

Thèmes spécifiques	Énerverment ou démoralisation devant l'impression que certains problèmes ne seront pas résolus (1/6) ^A Accentuation de la sensibilité et de la fatigue liés aux problèmes de planification ou à la pénibilité physique (1/6) ^A
--------------------	---

Notes. Le nombre de focus groups ayant abordé chaque thème est précisé entre parenthèses.

Les blocs d'origine de chaque thème sont indiqués en exposant.

La mention « Dissensus » identifie les thèmes ayant été l'objet de désaccords au sein d'un ou plusieurs focus groups.

7.1.2.1.1. Effets primaires : Le collectif de travail (6/6)

Mieux se connaître entre aides à domicile (5/6)

L'interconnaissance permise par la participation aux réunions a été soulevée dans cinq focus groups et ressort dans les discours comme un bénéfice conséquent des

rencontres. Cette interconnaissance, si elle peut sembler prosaïque au premier abord, prend tout son sens lorsqu'on tient compte de l'organisation du travail des aides à domicile.

Ces professionnelles sont amenées à intervenir ponctuellement sur les secteurs géographiques autres que le leur, en cas de remplacement notamment. Or si elles ont peu d'occasions d'échanger avec les collègues de leur secteur, elles ont plus rarement encore d'opportunités de rencontrer les collègues d'autres secteurs. De fait, les rares réunions rassemblant l'ensemble des AD d'une association, dans la majorité des cas, ne sont pas propices à la rencontre et aux échanges.

L'interconnaissance ressort donc comme l'un des apports notables de ces réunions santé au travail (cit 1).

Citation 1

"AD4 : Bah déjà ça a permis de mieux nous connaître les unes les autres.

AD1 : Tout à fait.

AD3 : Ouais.

AD1 : Ça c'est énorme." – FG 1

Avoir l'impression d'un impact favorable sur les pratiques de l'administratif (5/6) – Dissensus

Dans cinq focus groups, des professionnelles expriment l'impression que les pratiques des personnels administratifs ont évolué positivement suite aux réunions santé au travail. Cela se traduirait de différentes manières : des messages de gratitude, une attention supplémentaire pour aménager les plannings au mieux, une coordination renforcée au sein de l'équipe administrative.

Le traitement de ce thème doit selon nous faire l'objet de quelques précautions. Premièrement, il peut être hasardeux d'imputer ces changements de pratiques à la démarche. Ce, notamment car nous n'avons pas toujours été en mesure, lors des focus groups, d'établir ou d'infirmer un lien direct avec les réunions. On notera également que ce thème a été l'objet d'un dissensus pour deux focus groups sur cinq, et que les changements de pratiques n'ont été que temporaires pour un troisième. Seuls les messages de remerciements pour les efforts fournis ont semblé faire l'unanimité au sein de deux focus groups.

La citation 2 illustre le dissensus entre les professionnelles d'un focus group, incertaines quant à l'effective amélioration de la coordination dans l'équipe administrative. L'échange se conclut sur la démonstration par une AD, après plusieurs allers-retours, d'un déficit de communication conduisant à une organisation temporelle effrénée, symptomatique du secteur.

Citation 2

"AD5 : *Moi je pense quand même qu'elles essaient de travailler davantage ensemble. [...]*

AD6 : *Non, moi je suis pas d'accord.*

[...]

AD6 : *Moi je vois qu'elles ont voulu me mettre une intervention le soir sans demander à ma responsable de secteur, [...] ça me faisait finir à 21h et le lendemain à 7h30 [...] y'a pas forcément toujours la communication, c'est on se débrouille comme on peut et puis après on va voir si on peut faire autrement quoi."* – FG 2

Mieux comprendre le fonctionnement du travail administratif (4/6)

Dans quatre associations, les aides à domiciles notent que la participation aux réunions santé au travail leur a permis de mieux comprendre l'activité des personnels administratifs. Là encore, la vision de l'organisation du travail dans les associations de la fédération départementale est nécessaire pour saisir la portée de ce thème.

De la même manière que les aides à domicile ont peu d'occasions d'échanger avec leurs collègues, leurs possibilités de communiquer de vive voix avec les personnels administratifs chargés de la planification sont souvent très restreintes. C'est pourquoi les contraintes inhérentes à la planification et son degré de complexité sont classiquement méconnus des aides à domicile. Cela engendre des incompréhensions concernant les fréquents changements de planning, ou encore l'apparente non prise en compte dans le planning d'informations précédemment transmises au bureau.

Les échanges ont permis aux salariés responsables des plannings d'exposer l'origine de ces aléas propres à la planification, qui apparaissent couramment aux aides à domicile comme inexplicables et incohérents. Les professionnelles d'intervention expriment avoir réalisé, grâce à cette compréhension inédite du fonctionnement de la planification, la complexité de cette activité et les limites aux marges de manœuvre des chargés de planning. Cela rend les écarts à un planning idéal ou idéalisé plus acceptables pour les AD.

Dans trois focus groups, cette meilleure compréhension est aussi associée à un rapprochement entre aides à domicile et personnel administratif, voire à un apaisement des relations entre ces deux catégories de professionnelles. C'est le cas dans la citation 3.

Citation 3

"AD4 : Bah même [l'ATP], de la voir échanger avec nous j'ai trouvé ça sympa et puis on se rend compte qu'elle a aussi des difficultés, autant que nous, enfin pas les mêmes, mais elle a des difficultés aussi à construire ses plannings. [...]"

AD1 : Oui en fait tout le monde a appris sur les unes sur les autres en fait, [...] En fait on a découvert le, pas le métier mais les problématiques qu'on a les uns les autres.

AD4 : Ben ça rapproche quoi.

AD1 : Ça a rapproché ouais." – FG 4

Se rendre compte que nos questions, difficultés, inquiétudes sont partagées par les collègues (4/6)

Les réunions réalisées dans le cadre de la démarche ont amené les professionnelles à réaliser que les questionnements et appréhensions qu'elles rencontrent dans le cadre de leur travail sont partagées par leurs collègues.

Cette prise de conscience peut s'accompagner d'un soulagement ou d'un sentiment d'unité, d'un sentiment de se sentir moins seul, qui « fait du bien ». Pour d'autres, cela permet de limiter la peur de se faire juger par ses pairs, ou donne un sentiment de légitimité pour exprimer ses difficultés au personnel administratif.

Dans l'extrait choisi (cit 4), le constat du partage des difficultés est associé à une forme de « désindividualisation » de la causalité des écueils de l'activité, dans le sens où les difficultés ne sont plus auto-attribuées à des caractéristiques individuelles.

Citation 4

"AD3 : On se rend compte en fait que d'autres collègues qui ont d'autres tempérament d'autres profils, ont cette même difficulté, du coup on prend du recul en se disant c'est pas lié à ma personne propre parce qu'une collègue qui est différente a cette même difficulté. Donc quelque part ça rassure un petit peu." – FG 4

Échanger des difficultés permet de partager les astuces et représente une ressource face aux situations problématiques à domicile (4/6)

Dans la continuité de l'expression des difficultés, les professionnelles se partagent leurs astuces, leurs moyens de gérer certaines situations problématiques. Ces échanges sont perçus comme un soutien, quand elles retournent dans les situations en question, même si le problème n'est pas résolu, comme l'explique une AD dans la citation 5.

Citation 5

"AD7 : Même si ça ne résout pas le problème, la personne en elle-même n'a pas changé, mais le fait d'en avoir parlé, peut-être que la collègue a rassuré en disant "bah moi aussi j'ai ça mais sinon je fais comme ci", je trouve que ça désamorce quelque chose. Parce qu'il y a des fois, enfin pour ma part, des fois je rentre le soir j'ai l'impression d'avoir un gros sac sur les épaules." – FG 5

Favoriser le fait de chercher du soutien auprès des collègues (3/6)

L'interconnaissance et la prise de conscience que les difficultés sont partagées ont favorisé le fait de solliciter les collègues pour obtenir du soutien en cas de questionnement ou difficulté. La professionnelle citée plus bas (cit 6), parce qu'elle explique à quel point ce n'est pas une démarche naturelle, démontre l'importance de ce point.

Ce n'est probablement pas sans lien avec la diminution de la crainte du jugement, évoquée précédemment, qui elle-même renvoie potentiellement aux divergences, habituellement non débattues, de conception du travail « bien fait ».

Citation 6

"AD7 : Pour ma part, comment dire... Quand on a un petit souci quelque part, chez quelqu'un, j'ai trouvé que c'était plus facile maintenant d'appeler une collègue

AD6 : D'en parler

AD7 : D'en parler avec une collègue en disant "J'ai eu cette problématique, toi qu'est-ce que t'en penses ?", enfin moi j'aurais pas fait spontanément, c'est pas quelque chose que je faisais spontanément." – FG 5

Faciliter une cohésion entre tous les acteurs présents (2/6)

Deux focus groups soulignent que les EDD ont été l'occasion de rapprocher les acteurs, de créer du lien et de la cohésion entre salariées d'intervention, salariés administratifs et bénévoles.

La citation 7 suggère une forme de développement de la confiance, dans l'ouverture et la fluidification progressive des échanges. La professionnelle évoque également la perception d'un destin commun et une impression de « former quelque chose », comme esquissant la naissance d'un groupe.

Citation 7

"AD1 : [...] Plus allaient les réunions, plus tout le monde s'exprimait [...] s'ouvrait plus quoi. [...] se rapprocher je sais pas si c'est le mot juste mais on avait l'impression de former quelque chose quoi. [...] D'être tous dans le même bateau quoi." – FG 4

Offrir des occasions de soutien social (2/6)

Incidentement, les EDD ont pu être ponctuellement le lieu de manifestation d'un soutien social entre collègues pendant et après la fin d'une rencontre, notamment lorsque des professionnelles ont exprimé un vécu douloureux (cit 8).

Citation 8

"AD2 : Non mais c'est vrai, non mais vraiment. [...] Parce que y'a une réunion où moi ça allait pas du tout. Et du coup en sortant j'ai vu que on a essayé de m'aider à aller mieux." – FG 3

Réfléchir collectivement permet de profiter des idées de chacun (2/6)

Les professionnelles de deux focus groups ont mentionné l'intérêt de la réflexion collective pour faire face à certains problèmes complexes auxquels il est ardu de répondre individuellement. Cette richesse du partage des idées est mentionnée dans la citation 9.

Citation 9

"AD9 : Y'a des choses on arrivait à trouver la solution [...] et c'est vrai qu'en faisant un groupe c'était mieux. Parce que c'est là qu'on s'aperçoit que les autres ont des idées qu'on n'a pas pensées." – FG 3

Limiter les suspicions d'injustice (1/6)

En lien avec la compréhension de la construction des plannings, les EDD ont permis de désamorcer certaines situations propices à la perception d'injustice. Les AD épuisées par les contraintes temporelles imposées par la planification, et n'ayant pas de visibilité sur le planning de leurs collègues, en arrivent parfois à avoir l'impression qu'elles sont davantage soumises à ces contraintes que leurs pairs. Les échanges rétablissent une vision plus objective de la situation et modèrent la sensation d'être injustement mises à contribution (cit 10).

Citation 10

"AD4 : Souvent quand on est très sollicité, on se dit mais c'est pas possible, mais c'est tout le temps moi, et en fait ça a permis de voir que non en fait c'était tous les secteurs et c'était tout le monde qui a plein de choses qui n'allaient pas. Voilà, moi je trouve que c'était bien par rapport à ça." – Association 1

7.1.2.1.2. Effets primaires : La reconnaissance (6/6)

Plus de reconnaissance perçue venant de l'association et/ou de l'administratif (5/6) – Dissensus

Le sentiment d'être reconnu par l'organisation ou par le personnel administratif se retrouve dans cinq focus groups. Cette reconnaissance fait néanmoins l'objet d'un dissensus dans trois d'entre eux.

De fait, pour certaines professionnelles l'opportunité de s'exprimer et de sentir qu'elles sont entendues représente une forme de reconnaissance. Pour d'autres, sentir une réelle reconnaissance nécessiterait plus de changements effectifs, des actions de l'organisation ou des personnels administratifs, des éléments plus tangibles qu'une écoute.

En outre, les AD n'ont pas toutes la même perception des changements associés au dispositif de discussion. Si certaines l'ont associé à une amélioration, même marginale, de leurs conditions de travail, d'autres n'en ont pas vu les effets. Cet aspect est détaillé plus loin (cf point 7.1.2.2), mais transparaît déjà dans la citation 11.

Citation 11

"AD5 : Pour moi la reconnaissance, comment expliquer, c'est concret. [...] Les personnes aidées quand on va chez eux, [...] On sent la reconnaissance. Il y a des actes qui font que, le sourire quand on arrive. [...]"

AD4 : Si parce que derrière il y a eu des, enfin pour notre secteur, elles ont agi. Donc c'est qu'on était un peu reconnu dans les problèmes qu'on disait, écouté et reconnu un peu. [...] par exemple nous c'est vrai que quand on finit tard le soir, des fois on commence plus tard le matin. [...] Il y a eu des petites choses qui ont été, c'est des petites choses certes mais il faut le souligner parce que si on ne remarque rien non plus de notre côté, y'aura plus non plus ces petites choses-là qui seront mises en place." – FG 6

Sentiment d'avoir été écouté, entendu, pris en compte (4/6)

Les salariées, dans quatre focus groups, manifestent qu'elles se sont senties réellement écoutées et prises en compte durant les EDD, à la différence de lors de communication « de fortune » comme dans la citation 12.

Une part de ce ressenti provient de l'écoute dont les autres participants ont fait preuve, notamment les personnels administratifs, et des efforts qui s'en sont suivis. Un autre aspect de ce sentiment d'être pris en compte est associé à la présence et à l'écoute d'un intervenant extérieur.

Il est parfois question également d'avoir pu exprimer des choses tues auparavant, comme de la souffrance.

Citation 12

AD2 : On a l'impression que ce qui a été dit a été écouté en fait, pris en compte. Pas comme des fois, on va dire des choses mais c'est dans le couloir ou autre tandis que là ça a été posé et ça a été plus pris en compte, pour moi toujours mais..." – FG 2

Se sentir plus en capacité de/légitime à faire entendre sa voix auprès des personnes extérieures au service (2/6)

Les échanges en EDD ont facilité, pour certaines AD, le fait d'exprimer leurs difficultés à des professionnels extérieurs à l'association. Cela a été le cas notamment dans le cadre de la coordination avec des infirmières.

Ils les ont aussi conduites à réaffirmer leur statut, leur identité d'aide à domicile, par opposition à celle de « femme de ménage », auprès de personnes aidées ou de l'entourage

de personnes aidées. La citation 13 souligne l'importance de cette opposition, qui semble presque définitoire de leur professionnalité, et dans laquelle réside une part importante de la valeur que certaines AD s'accordent.

Citation 13

"AD3 : Moi je vois que depuis nos réunions, on a eu un problème avec une infirmière sur [secteur], eh ben je me suis expliquée plus aisément. [...]"

AD5 : Ça permet de se sentir... Enfin de se positionner. Se sentir égale [...]"

AD3 : Parce que ben j'ai vu les autres collègues et puis parce que j'ai discuté avec vous enfin tous ensemble. Du coup j'me suis dit ben ouais, je suis pas qu'une petite femme de ménage, j'suis du même niveau que tout le monde." – FG 2

Sentiment de reconnaissance lié à l'intervention de quelqu'un d'extérieur et à la réalisation d'une étude sur leur métier (1/6)

Dans l'un des focus groups, plusieurs AD ont signifié se sentir valorisées par le fait qu'un acteur extérieur s'intéresse à leurs réalités professionnelles, que ces dernières fassent l'objet d'un travail académique (cit 14).

Citation 14

"AD8 : Moi j'ai trouvé ça gratifiant aussi le fait que quelqu'un comme vous d'extérieur [...] veuille vraiment connaître notre métier et nos contraintes et tout ça pour vos études à vous et je trouve ça très gratifiant oui." – FG 3

7.1.2.1.3. Effets primaires : L'expression des ressentis et difficultés (6/6)

Tous les retours sur cette catégorie sont issus du bloc C, il s'agit donc de réactions à la présentation de l'intitulé « expression des ressentis et difficultés ».

À l'unanimité, les AD ont vécu les EDD comme des espaces-temps favorables à l'expression de leur ressenti et de leurs difficultés (cit 15). Le fait que le groupe soit réduit, ainsi que la prise de conscience des épreuves partagées, ressortent comme deux éléments facilitant l'énonciation de ressentis jusque-là.

Citation 15

"AD6 : Et là j'ai moins peur de dire à [ATP] qu'y'en a trop [de ménage]. [...] J'ai appris en réunion que j'étais pas la seule à me dire que c'était beaucoup quoi. Même si c'est une

grosse partie de notre travail, on a le droit de dire que ça fait beaucoup quand même quoi."
– FG 2

7.1.2.1.4. Effets primaires : Les postures et pratiques professionnelles (5/6)

Favoriser des processus réflexifs (3/6)

Pour les AD de trois focus groups, la confrontation à la diversité des pratiques a été une invitation à remettre en question leurs propres façons de travailler, à apprendre de leurs collègues, à évoluer (cit 16).

Les EDD ont conduit certaines professionnelles à prendre du recul sur le travail effectué par leurs collègues et plus particulièrement dans les situations où le travail n'aurait pas été fait ou pas « bien fait ». On observe deux éléments sur ce point dans leur discours.

Un premier concerne la conscience et l'acceptation qu'il y a des différences de pratiques et de conceptualisation du travail bien fait, mais également le fait de pouvoir reconnaître ces différences, sans les considérer comme problématiques, auprès des PA.

Cela rejoint un aspect critique de l'activité d'AD, à savoir la mise en tension de plusieurs professionnelles, par les remarques des PA sur leur façon de réaliser le travail, avec l'idée qu'il y aurait de bonnes et de mauvaises manières de faire.

Le second point a trait à l'évolution de leur perception du travail non fait ou « mal fait » par une collègue. En substance, elles ont pu mettre à distance le réflexe d'étiquetage du statut de « mauvaise » professionnelle, de telle sorte qu'un écart à leur vision du travail « bien fait » ne soit plus un signe d'incompétence ou de paresse, mais une contingence liée à une diversité de facteurs potentiels.

En outre, les EDD ont été favorables à un enrichissement des représentations sur le travail. En détaillant les situations travaillées, elles ont eu le sentiment d'approfondir leur compréhension du travail et de ses enjeux. L'une d'entre elles souligne notamment une prise de conscience de la pluralité des facteurs impactant leur travail, qui à son tour a des répercussions sur leur propre état de santé.

Citation 16

"AD1 : Ça nous a fait faire un travail sur nous-mêmes.

Animateur : C'est-à-dire ?

AD1 : De se remettre en question sur sa façon de travailler, par rapport à, comme tu disais tout à l'heure, à d'autres collègues, prendre ce qui est bien à revoir.

AD3 : Oui. Ou faire un mélange.

AD1 : Faire un mélange. Mais je pense qu'on apprend sur nous-mêmes et ça nous aide aussi quand on est sur notre lieu de travail de se remettre en question avec nos personnes et puis d'évoluer différemment quoi, de faire notre travail différemment." – FG 1

Changement dans la communication avec l'administratif (2/6)

Dans deux focus groups, des AD mentionnent des changements dans leurs pratiques de communication avec le personnel administratif.

Dans un cas, les changements sont liés à la connaissance des réalités du travail administratif et la prise de conscience de leurs contraintes invitant les professionnelles à faire preuve de plus de réserve, de compréhension dans leur façon de s'exprimer (cit 17).

Dans le second cas, les AD osent davantage remonter les données de terrain et ont le sentiment d'avoir ainsi accentué la transmission d'informations, d'elles vers le bureau et inversement.

Citation 17

"AD1 : J'étais cash avant. Trop cash même. Donc maintenant je fais attention à tout ce que je fais.

Animateur : D'accord. Et pourquoi du coup ?

AD1 : Parce que j'ai compris aussi leur travail et que si je voulais être respectée, il fallait les respecter aussi quoi. Donc ça va dans les deux sens." – FG 1

Changement dans l'utilisation de l'outil de liaison (1/6)

La réglementation des services d'aide à domicile implique l'utilisation d'un outil de coordination entre professionnelles. Dans le cas des associations du réseau ADMR35, il s'agit la plupart du temps d'un cahier de liaison présent au domicile de chaque PA.

Il y a une grande diversité de formats de cahiers de liaison entre les associations et au sein de chacune d'entre elles. Le « bon » usage de cet outil est fréquemment l'objet de désaccords entre professionnelles, généralement sans qu'elles aient les possibilités d'en débattre, ce qui conduit à des tensions.

Dans ce focus group, une partie des EDD auxquels les AD ont participé traitaient des difficultés de communication et notamment liées à l'utilisation du cahier de liaison. Elles

relèvent que les échanges menés dans les EDD leur ont permis de tomber d'accord sur un usage commun, au moins partiellement, et de faire évoluer leurs pratiques en conséquence (cit 18).

Citation 18

"AD3 : La façon dont on va écrire sur le cahier de liaison [...] on va pas le formuler de la même façon, on va rester neutre, on va moins rentrer dans le détail

AD4 : On abrège.

AD7 : Mettre que les mots essentiels.

Animateur : Pour vous la participation aux réunions vous a fait changer votre manière de

AD3 : Exactement. On rentre dans l'essentiel, point on s'arrête." – FG 5

Vigilance accrue pour repérer des situations qui pourraient devenir problématiques, anticipation des difficultés permise par le partage d'expérience (1/6)

Une AD nouvellement embauchée par l'association au moment de sa participation aux EDD, relève que le partage d'expérience a fait évoluer sa posture vers une plus grande vigilance accordée à des signaux potentiellement annonciateurs de complications relationnelles avec des PA (cit 19).

Citation 19

"AD1 : Et en fait c'est des problématiques que j'ai vu pendant la réunion, qui peuvent d'un simple mot, d'une simple parole, aller crescendo. Et du coup c'est vrai que ben maintenant je suis plus attentive [...] Je fais beaucoup plus attention aux signes." – FG 4

Evolution dans la gestion de la conciliation vie pro - vie privée (1/6)

L'une des AD explique que suite aux échanges sur l'amplitude horaire, elle a pris l'habitude de couper son téléphone professionnel en rentrant chez elle (cit 20). Elle procède ainsi pour lutter contre la sensation, partagée par de nombreuses salariées, de devoir se tenir en permanence disponible pour l'association.

Citation 20

"AD4 : [...] Après je pense que ça m'a quand même aidé à moins penser tout le temps ADMR quoi. Maintenant c'est bon je coupe quoi. J'suis au boulot j'fais mon boulot mais maintenant

je rentre chez moi mon téléphone il est coupé. [...] Je l'éteins ah ouais je me prends pas la tête comme avant quoi." – FG 3

7.1.2.1.5. Effets primaires : L'inscription dans l'association

Lien avec les bénévoles participants aux réunions (2/6)

La présence des bénévoles dans les EDD a été bénéfique pour les AD, concernant deux points. Premier élément, elles ont eu l'impression que les bénévoles découvraient avec étonnement le réel de leur travail, qu'ils tiraient une satisfaction de pouvoir les rencontrer et apprendre en quoi consiste leurs réalités (cit 21). Second élément, c'était un soulagement de les voir présents et impliqués, cela a participé à ce qu'elle se sentent moins seules.

Citation 21

"AD4 : Pendant les réunions, ce qui m'a agréablement surprise, c'est de voir que les bénévoles s'impliquaient, s'intéressaient à ce qu'on faisait et que parfois ils étaient complètement..."

AD3 : Surpris.

AD4 : Ouais ! [...] De ce qu'on attend de nous...

AD2 : De ce qu'on fait.

AD4 : De ce qu'on fait ouais. Ils savent pas forcément ce qu'on fait finalement.

AD1 : Non et puis de ce qu'on vit, de ce qui peut se passer dans les situations...

AD3 : Des difficultés que l'on a." – FG 4

Sentiment d'utilité, d'implication dans l'association (2/6)

La participation aux EDD a été associée, dans deux focus groups, à un sentiment d'implication dans l'association et d'utilité, du fait de chercher des solutions pour toutes les salariées de l'organisation, pas uniquement pour les participant(e)s (cit 22).

Citation 22

"AD6 : On se sent impliqué dans notre travail, dans notre association, dans le fonctionnement." – FG 1

Mieux comprendre le fonctionnement de l'association (2/6)

Pour plusieurs AD de deux focus groups, les échanges ont représenté des opportunités de clarifier certains aspects du fonctionnement de leur association. En

revanche, elles n'ont pas pu détailler précisément ce qu'elles ont mieux compris suite aux réunions, comme le montre la citation 23.

Citation 23

"AD2 : Ouais et puis nous apprendre des choses qu'on ne savait pas sur l'association aussi.

Animateur : D'accord. Vous avez des exemples ?

AD2 : Pas vraiment, ça va peut-être me revenir mais ouais il y a des choses qu'on ne connaissait pas.

AD9 : Ou même quand on y est depuis longtemps, tous nos droits, et nos façons de faire et façons de dire, on connaît pas tout." – FG 3

Possibilité de débat avec un décisionnaire (1/6)

Dans un focus group, les AD soulignent que les EDD ont été l'occasion d'exprimer et de résoudre un désaccord entre un décisionnaire d'un côté et les personnels de terrain et administratifs de l'autre (cit 24).

Citation 24

"AD6 : On a vu des fois où elle a tiqué aussi.

Animateur : C'est-à-dire ?

AD6 : Je me rappelle plus trop du sujet où elle était pas du tout d'accord avec nous et

AD5 : Elle a fini par dire "Bon..."

AD6 : Elle a fini par "Bon, ok..." – FG 2

Meilleure compréhension des partenariats et acteurs entourant l'association (1/6)

Les EDD permettent une meilleure compréhension du travail de chaque acteur en interne à l'association, mais également de l'environnement partenarial de l'organisation. Une AD exprime qu'elle a trouvé appréciable le fait d'approfondir sa connaissance du maillage d'acteurs externes à l'association et entourant leur activité. Elle aurait néanmoins souhaité pouvoir explorer davantage le fonctionnement de certains acteurs (cit 25).

Citation 25

"AD5 : [...] Bon après ça aurait peut-être été pas mal, peut-être que ça pourrait être intéressant d'approfondir le lien avec les tuteurs, la dernière fois on a parlé aussi de la, le

CLIC. Tout ça je savais que ça existait mais je savais pas trop à quoi ça servait, ni que l'ADMR travaillait avec, enfin au sens large les partenariats et tout ça. Je trouve ça intéressant d'avoir une vision globale en fait." – FG 2

7.1.2.1.6. Effets primaires : Un pouvoir d'agir (4/6) – Dissensus

Tous les retours au sein de cette catégorie sont issus du bloc C. Il s'agit de réactions spontanées à la présentation du terme « Pouvoir d'agir ». Elles ne se basent donc pas sur le concept de pouvoir d'agir tel qu'on le retrouve scientifiquement parlant, en clinique de l'activité notamment, mais plutôt sur les représentations des participantes. Dans quatre focus groups, certaines AD ont réagi plus ou moins favorablement à cet intitulé, en exprimant avoir eu l'impression de pouvoir agir. Cela n'a toutefois pas été accepté sans débat, et les professionnelles sont restées partagées sur ce point.

Lorsque les aides à domicile ont le sentiment que les EDD leur ont donné un pouvoir d'agir, elles évoquent d'une part les actions effectivement réalisées, par exemple sur les plannings, donc le sentiment d'avoir pu agir sur l'organisation. D'autre part, certaines considèrent avoir gagné en pouvoir d'agir grâce au partage d'astuces entre pairs et à l'invention de solutions innovantes, qui peuvent les aider à faire face à des situations difficiles en leur donnant des moyens supplémentaires d'action.

L'extrait ci-dessous (cit 26) expose partiellement l'un des débats, portant sur le pouvoir d'agir sur l'organisation. Il est intéressant d'y noter le poids accordé au mot « pouvoir », son caractère presque hors de portée, lointain, comme déconnecté du réel, du quotidien de leur activité.

Citation 26

*"AD2 : C'est un grand mot un pouvoir d'agir *rire**

AD1 : Oui j'étais là-dessus tiens. Ouais bah non. [...]

Animateur : Et pourquoi pas alors ?

AD2 : Ben si pourquoi ?

AD1 : On se bat, on se bat pour agir mais bon, est-ce qu'on a le pouvoir d'agir... C'est le mot pouvoir. [...]

AD2 : Après on prend le pouvoir d'agir aussi sur les classeurs, nous je sais plus ce qu'on avait dit mais... Pour améliorer les conditions de travail quand même. Non ? Tu vois pas ça comme ça ?

AD1 : *Oui, le mot agir oui. Je suis d'accord. C'est le pouvoir moi qui me fait un point d'interrogation quand même.*

Animateur : *Pour vous le mot pouvoir en fait il est trop fort par rapport à ce que permet la démarche ? [...]*

AD1 : *Voilà c'est comment nous là on essaye de se battre, si on arrive à quelque chose là on pourra dire qu'on a le pouvoir d'agir. Il est fort ce mot." – FG 1*

7.1.2.1.7. Des effets négatifs associés aux EDD (2/6)

Énervement ou démoralisation devant l'impression que certains problèmes ne seront pas résolus (1/6) – Dissensus

Plusieurs AD du focus group 3 ont relevé que les EDD ont parfois abouti pour elles à un sentiment de découragement ou d'agacement. Ces ressentis sont nés suite au constat d'une impuissance face à certaines problématiques ou parfois avant même d'être allé au bout du travail d'analyse. Quelques AD ont répondu à cela que le changement peut prendre du temps, qu'il faut continuer à chercher des solutions, et ont encouragé leurs collègues à « rester positives ». Ce point évoque pour nous le constat d'une forme de fatalisme constatée lors de nos premières expériences de discussion sur le travail des aides à domicile (en M2 notamment). Nous avons alors noté une sorte de réflexe de résignation, d'impuissance acquise dès qu'il était question de certaines sources de difficultés, comme les plannings par exemple. Durant cette recherche-intervention, nous n'avons pas ou peu remarqué ce sentiment d'impuissance, qui transparaît malgré tout dans l'extrait ci-après (cit 27).

Citation 27

"Animateur : *Qu'est-ce que ça vous a fait d'autre de vous rendre compte dans ces réunions-là que « Ah bah y'a des trucs on peut rien faire » ?*

AD4 : *Sortir parfois démoralisé un peu des réunions parce qu'on se disait mais en fait non on n'y arrivera pas ça avancera pas quoi.*

Animateur : *C'est arrivé que vous sortiez un peu démoralisé ?*

AD4 : *Moi ça m'est arrivé ouais. Honnêtement ouais. Parce qu'il y a plein de points qu'on essaye de voir depuis déjà longtemps longtemps et qu'on se dit mais, comment avancer,*

AD1 : *Est-ce que ça va aboutir*

AD4 : *Mais on pourra pas avancer. On voit pas de solutions. Après peut-être justement que, on arrivera à en trouver, mais c'est compliqué." – FG 3*

Accentuation de la sensibilité et de la fatigue liés aux problèmes de planification ou à la pénibilité physique (1/6) – Dissensus

Deux professionnelles du focus group 2 manifestent que l'exposition et l'attention portée, dans les EDD, à certaines problématiques ont accentué l'impact de ces thèmes sur leur quotidien. Elles évoquent une conscience accrue des problèmes de planning et de la pénibilité physique (cit 28). Il y a dissensus dans la mesure où les autres AD expriment que leur vision des problèmes de planning n'a pas particulièrement changé. L'une d'elle propose par ailleurs que la perception plus aiguë de la pénibilité physique puisse être liée à une plus grande attention portée à son corps.

Ce point hautement intéressant peut être interprété d'au moins deux manières. Au premier degré, il est possible d'y voir un effet négatif de l'EDD, qui accroît la perception de pénibilité physique et les douleurs perçues par la même occasion.

Cependant, une autre lecture est possible, connaissant les processus d'occultation de la pénibilité du métier qui se jouent à divers niveaux, individuel, normatif, organisationnel, sociétal (ou intra-individuel, inter-individuel, positionnel et idéologique pour reprendre Doise, 1982). Cette seconde lecture pourrait par exemple amener à considérer que l'accroissement de la pénibilité perçue n'est pas un effet fondamentalement délétère de la discussion mais une opportunité de sensibiliser aux contraintes du métier, un moyen de lutter contre les processus de négation de ladite pénibilité, favorisant ainsi la prévention de certains risques (physiques en l'occurrence).

Citation 28

"Animateur : Et pour vous pourquoi selon vous la participation aux réunions a fait que vous regardiez plus vos [plannings]

AD6 : Ben on parlait justement des répétitions.

Animateur : Ouais.

AD6 : Donc combien de fois on passe le balai, combien de fois on l'aspirateur, combien de fois on essuie la poussière.

AD3 : Oh là là.

AD6 : Et c'est vrai quand on regarde sur une journée de 8h30 t'as 5h de ménage, ben tu te dis ben c'est vrai qu'à la fin mon bras il a mal, mon dos qui commence à souffrir. Et qu'avant le fait de moins y prêter attention j'avais peut-être moins mal à la fin de la journée je sais pas. Mais c'est depuis ces réunions-là que je prête plus attention et du coup ben le corps le ressent aussi.

7.1.2.2. Effets secondaires de l'intervention

Cette partie recense les effets secondaires de la démarche, soit ce que le dispositif a amené comme changements concrets à leur quotidien professionnel ou au fonctionnement de leur association. Le tableau 7.2 en présente une synthèse.

Tableau 7.2 : Récapitulatif des effets secondaires de l'intervention

Thèmes transversaux	Aucun changement (6/6) ^B Des actions réalisées ou en cours de réalisation (5/6) ^B Des actions non réalisées (3/6) ^B
Thèmes spécifiques	Un impact sur le fonctionnement de l'association (1/6) ^B Des écarts entre les discours et les actions (1/6) ^B

Notes. Le nombre de focus groups ayant abordé chaque thème est précisé entre parenthèses. Les blocs d'origine de chaque thème sont indiqués en exposant.

7.1.2.2.1. Effets secondaires : Aucun changement (6/6)

De manière générale, les AD répondent spontanément qu'il n'y a pas, ou presque pas eu de changements effectifs suite aux EDD (cit 29).

Citation 29

"AD2 : *Aujourd'hui pas grand-chose.*

AD6 : *Non on n'a pas l'impression.*

[...]

Animateur : *Donc en termes de changement, soit dans le fonctionnement de l'asso, soit dans les conditions de travail, rien du tout.*

AD3 : *Non.*

AD7 : *Non.*" – FG 5

7.1.2.2.2. Effets secondaires : Des actions réalisées ou en cours de réalisation (5/6)

Pendant les focus groups, au fil des échanges sur les effets de la démarche, les AD notent malgré tout que des actions ont été réalisées, perçues positivement pour la plupart, car permettant de réduire certaines contraintes (horaires par exemple) ou d'accroître

certaines ressources (comme l'augmentation de la fréquence des échanges entre collègues). Différents exemples de ces changements effectifs sont relevés : un courrier aux PA précisant des limites d'intervention (soutient le positionnement des AD), la mise en place d'équipes de matin et d'après-midi (réduit la fatigue), la mise à jour des informations sur les situations, l'augmentation de la fréquence des réunions d'îlots (accroît les possibilités d'échange), la mise en place d'un groupe de travail sur l'outil de liaison. Il est également important de remarquer l'incertitude des professionnelles quant à l'attribution de certaines actions aux suites des EDD (cit 30).

Citation 30

"AD4 : Y'a quand même eu ce courrier, enfin si c'est vraiment lié à réunion..."

AD3 : C'est déjà bien. C'est un point positif.

AD4 : Ouais

AD3 : Ce courrier est un point positif.

AD4 : Si, parce que pour les nouvelles situations au moins on peut s'appuyer sur ce document-là.

AD3 : Voilà.

AD4 : Moi je sais qu'il est arrivé au bon moment dans une maison où la dame voulait vraiment que je fasse les carreaux, les baies vitrées et tu sais l'encadrement, les volets machin et j'ai pu dire "bah non vous allez recevoir un courrier" et non j'ai pu appuyer.

Animateur : Donc pour vous l'envoi d'un courrier sur les limites d'intervention, ça c'est positif ?

AD4 : C'était positif.

AD3 : Oui c'est positif. Ça c'est positif.

AD2 : Ouais ça aide quand même.

AD3 : On peut s'appuyer...

AD2 : Mais bon t'es quand même toute seule devant la personne, "non je vais pas faire ça".

AD4 : Oui, bah c'est, c'est dur de dire non

AD2 : Oui, voilà.

*AD4 : Justement j'étais bien contente d'avoir ça moi... Puis quand ça fait je sais pas combien de temps qu'on travaille ici, tu sais plus ce que t'as le droit de faire ou pas faire *léger rire**

– FG 4

7.1.2.2.3. Effets secondaires : Des actions non réalisées (3/6)

Dans trois focus groups, les AD se sont remémorées des pistes d'action qui leur semblaient particulièrement pertinentes mais qui n'ont pas été réalisées, pour différentes

raisons allant des contraintes organisationnelles internes, au défaut de coordination avec des acteurs extérieurs, comme le montre l'extrait ci-dessous (cit 31).

Citation 31

"AD3 : Justement nous on a demandé à ce que les assistantes sociales quand elles viennent, qu'il y ait une fille du secteur qui soit là pour dire, pour expliquer l'état de la personne.

AD6 : Je crois que les assistantes sociales n'aiment pas trop. C'est ce qu'on nous a fait comprendre en réunion justement, c'est que l'assistante sociale c'est qu'elle avait l'impression que si on était là c'est qu'elle faisait mal son boulot aussi donc elle apprécie pas des masses qu'on soient présentes.

AD3 : Ben ouais mais là le temps pour les personnes ne sont pas

AD6 : Ah non mais je comprends bien le souci il est pas là, moi je comprends très bien mais

AD2 : Il faudrait plus de coordination entre

AD3 : Entre les autres métiers et nous.

AD2 : Parce que c'est nous qui intervenons les premières après l'assistante sociale.

AD6 : Oui alors qu'elle se donne la peine de lire le cahier, juste ça déjà des fois ça peut aider."

– FG 2

7.1.2.2.4. Effets secondaires : Un impact sur le fonctionnement de l'association (1/6) – Dissensus

Dans le focus group 3, une des AD a le sentiment, non partagé par ses collègues, que l'association a un fonctionnement plus participatif depuis les EDD, qu'elles sont davantage consultées et impliquées dans divers processus (cit 32).

Citation 32

"AD1 : Moi je dirais quand même qu'ils nous font plus participer quand même. On nous demande plus notre avis, je trouve sur certains... Non, tu trouves pas toi ? Sur certains thèmes. J'sais pas comment te dire, bah par exemple comme les réunions, les échanges comme ça, tout ça on faisait pas avant.

AD3 : Ah le petit quart d'heure avant la réunion, c'est ça que tu veux dire ?

AD1 : Bah tout ça, les échanges, non ? Vous trouvez pas qu'on a plus... Un peu plus ?

[...]

AD1 : Bah nous là on a encore retravaillé sur les plannings, on s'est plaint que les plannings avaient changé en fait, on avait fait des plannings de référence et là avec les congés c'était plus respecté donc là on a retravaillé de nouveau dessus. C'est pour ça que je disais ben ouais le sentiment d'être, là on a eu la réunion, on a refait tous nos plannings.

AD9 : Nous aussi on a fait ça.

Animateur : Vous n'avez pas fait sur tous les secteurs de refaire les plannings ?
AD7 : C'est sur les petits secteurs, un gros secteur comme nous c'est compliqué hein.
AD1 : C'est pour ça que je disais bah plus, voilà travailler ensemble en complémentarité." –
FG 3

7.1.2.2.5. Des écarts entre le discours et les actions (1/6)

Dans le focus group 5, les AD expriment toutes désarroi, lassitude ou agacement devant les écarts qu'elles constatent entre le discours de l'encadrement lors des EDD et certaines pratiques de ces mêmes personnes. Pendant les EDD, le discours est résolument orienté vers la reconnaissance, la cohésion et la considération. En revanche, il arrive que dans les faits, certaines pratiques de l'encadrement de reflètent pas ces discours. On note que les AD, bien qu'elles expriment fortement leur désaccord avec ces écarts, manifestent également de la compréhension à l'égard des personnels administratifs et de la complexité de leur travail. Dans l'exemple décrit ci-après (cit 33), une aide à domicile explique que l'encadrante ne l'a pas appelée pour lui demander si elle acceptait un changement de planning de dernière minute, mais a directement demandé à l'ATP de le réaliser. Elles notent toutes que cet exemple est symptomatique du différentiel entre la posture de l'encadrement au sein de l'EDD et au quotidien. Nous interprétons ces écarts comme un indicateur supplémentaire de l'empêchement du travail administratif, plutôt que comme le signal d'une résistance ou d'une non adhésion aux principes discutés lors des EDD.

Citation 33

"AD2 : Voilà. [...] Et là [l'encadrante] elle me dit "je savais que t'allais te fâcher". Mais pourquoi t'appelles pas ?

AD1 : Bah oui, pourquoi tu fais pas ouais, c'est ça qu'on...

AD2 : Tu sais que je vais pas te dire non, si tu m'appelles. Là j'ai envie de te dire non.

AD1 : Et puis en plus c'est nul, elle savait que t'allais dire oui si elle t'avait appelé, et là t'allais appeler mais pour t'énerver donc ça risquait d'envenimer. On gagne pas de temps en fait.

AD2 : On travaille là-dessus et toi la première tu nous dis des trucs et toi la première derrière tu...

AD1 : Elle gagne pas de temps en plus en faisant comme ça.

AD2 : Tu m'aurais appelé ça prenait deux secondes.

[...]

Animateur : Donc là en fait y'a cette espèce d'inadéquation entre ces moments de réunion où on est dans cette cohésion, dans cette compréhension

AD2 : Et là [l'encadrante] elle est d'accord avec nous.

Animateur : Et puis le réel où des fois on est en contradiction.

AD3 : Voilà.

AD2 : Après je comprends, je voudrais pas être à la place des filles au planning, je pense que c'est hyper compliqué, là on est en manque de personnel, y'a des interventions à gogo, je peux le concevoir que c'est pas facile.

AD3 : Mais y'a une façon de le faire.

[...]

AD2 : Je me dis c'est pas cohérent entre ce que [l'encadrante] nous dit en réunion

AD7 : Faut qu'elle mette en action, parce que sinon ça va pas le faire.

AD2 : Et ce qu'elle fait derrière. Et c'est ce que je lui ai dit, on parle de reconnaissance et..." –

FG 5

7.1.2.3. Évaluation du dispositif

Cette partie traite de l'évaluation du dispositif par les aides à domicile. La première question posée (« De manière générale, qu'avez-vous pensé de la façon dont cette démarche santé au travail a été mise en place ? ») a donné lieu à assez peu de réponses. Les relances prévues concernant les différents aspects de l'intervention ont donc beaucoup servi, à la manière d'un entretien semi-directif très guidé, bien que ça n'ait pas été l'objectif initial. L'analyse du contenu des échanges est donc structurée par ces relances. Le tableau 7.3 en présente une synthèse.

Tableau 7.3 : Récapitulatif de l'évaluation de l'intervention

Composition du groupe (6/6)	
Thèmes transversaux	La taille du groupe est satisfaisante (6/6) La représentation de tous les secteurs est appréciée (6/6) La présence de tous les acteurs est appréciée (3/6)
Thèmes spécifiques	Problème de planification des réunions sur des temps où tout le monde ne peut pas être présent (2/6) Horizontalité des relations au sein du groupe (2/6) Liberté d'expression et écoute sans jugement au sein du groupe (1/6)
Volontariat (6/6)	
Thème transversal	Le volontariat est important (4/6)
Thème spécifique	D'autres modalités seraient à envisager (2/6) – <i>Dissensus</i>

Implication des bénévoles (6/6)	
Thème transversal	L'implication des bénévoles est satisfaisante (5/6) L'implication des bénévoles est insuffisante (3/6)
Implication de l'encadrement durant les réunions (5/6)	
Thème transversal	L'implication de l'encadrement est satisfaisante (5/6)
Durée des EDD (6/6)	
Thème transversal	La durée d'un EDD est satisfaisante (6/6)
Fréquence des EDD (6/6)	
Thème transversal	La fréquence est globalement satisfaisante (6/6)
Thème spécifique	La fréquence est insuffisante (1/6)
La méthode d'analyse (6/6)	
Thèmes transversaux	La méthode est satisfaisante (6/6) Vigilance sur les déviations (3/6)
La prise de note et les comptes rendus (6/6)	
Thème transversal	La prise de note vidéoprojetée est satisfaisante (6/6)
Thème spécifique	Les comptes rendus sont appréciés, mais pas toujours transmis (2/6)
Animation des EDD (6/6)	
Thèmes transversaux	L'animation par l'intervenant extérieur est satisfaisante (6/6) L'animation par l'encadrement de proximité soulève des questions (4/4) Importance d'un tiers extérieur neutre (4/6)
Communication interne sur l'intervention (6/6)	
Thèmes transversaux	Des difficultés de communication interne (6/6) Un manque de suivi des plans d'action (6/6) Une absence de transmission informelle du contenu des réunions (6/6)
Amélioration de la démarche (6/6)	
Thèmes transversaux	Une démarche appréciée (6/6) Mieux communiquer (3/6)
Thèmes spécifiques	Plus d'actions concrètes (2/6) Continuer la démarche avec d'autres thèmes (2/6) Faire en sorte que tous les participants soient présents à chaque fois (1/6) Faire participer l'ensemble des aides à domicile (1/6) Plus d'investissement des bénévoles dans la démarche (1/6)
Retours supplémentaires sur l'intervention (3/6)^{A, B, C}	
Thèmes	Une démarche perçue comme réponse tardive sous forme d'un

spécifiques	dispositif disproportionné (1/6) ^A Une démarche qui impacte les participants mais pas le travail ou l'organisation (1/6) ^B Un dispositif identifié comme la formation d'un collectif orienté vers la résolution de problèmes (1/6) ^C
-------------	---

Notes. Le nombre de focus groups ayant abordé chaque thème est précisé entre parenthèses. Les blocs d'origine de chaque thème sont indiqués en exposant. La mention « Dissensus » identifie les thèmes ayant été l'objet de désaccords au sein d'un ou plusieurs focus groups.

7.1.2.3.1. Évaluation du dispositif : La composition du groupe

La taille du groupe est satisfaisante (6/6)

De manière globale selon les AD interrogées, le nombre idéal d'AD au sein d'un EDD semble aller de quatre à six, soit un groupe de sept à dix personnes au total. C'est cohérent avec notre objectif minimum de quatre AD par EDD. Il est important pour les salariées que le groupe reste restreint, pour faciliter l'expression et le fait de s'écouter mutuellement (cit 34).

Citation 34

"AD2 : Je trouve que c'est bien par petits groupes.

AD6 : Ouais je suis d'accord aussi.

AD2 : C'est plus facile déjà pour échanger. Quand on est trop nombreux, en fait on n'échange pas.

AD5 : Et puis on n'ose pas parler.

AD6 : Quelqu'un d'un peu timide va plus facilement parler en petit groupe." – FG 5

La représentation de tous les secteurs est appréciée (6/6)

La mixité inter-secteurs géographiques est importante pour les AD, en ce qu'elle permet la rencontre de ses collègues ainsi qu'une plus grande diversité de points de vue et de situations de travail (cit 35).

Citation 35

"AD3 : Heureusement qu'y'avait ça, parce que si on avait été 4 du même secteur [...] je pense pas qu'on aurait pu, enfin si on aurait pu échanger, mais moins peut-être. On aurait eu les mêmes difficultés.

AD4 : On aurait eu les mêmes cas.

AD3 : Voilà on aurait eu les mêmes cas donc on n'aurait pas pu parler de différentes situations." – FG 1

La présence de tous les acteurs est appréciée (3/6)

Dans trois focus groups, la présence de tous les acteurs d'une association, bénévoles, administratifs et AD, est considérée comme pertinente (cit 36).

Citation 36

"AD5 : Moi ce que je trouve intéressant c'est, on va dire tous les niveaux ou tous les différents postes, par exemple là dans les groupes étaient représentés." – FG 2

Problème de planification des réunions sur des temps où tout le monde ne peut pas être présent (2/6)

Dans deux focus groups, les salariées relèvent que la planification de certaines rencontres en EDD ne leur permet pas d'être présentes, ou pas dans de bonnes conditions. Dans l'extrait ci-dessous (cit 37), une salariée explique ainsi que la prochaine rencontre dans l'EDD auquel elle participe a été placée sur un de ses jours de repos. Elle évoque se faisant un déficit de communication qui est traité par la suite.

Citation 37

"AD1 : Je suis en repos mais j'ai dit je vais venir quand même à la réunion parce que sinon je vais encore louper des choses quoi. Malgré que je suis en repos, je vais venir quand même. [...] Du coup moi je fais un effort pour venir, parce que sinon bah je suis au courant de rien." – FG 6

Horizontalité des relations au sein du groupe (2/6)

Les AD de deux focus groups soulèvent qu'elles se sont senties « au même niveau » que les autres acteurs présents, quelle que soit leur fonction ou leur niveau hiérarchique, sur un pied d'égalité. L'une d'elle note cependant, bien que sur le ton de l'humour, que cette horizontalité semble être spécifique à l'EDD et ne se retrouve pas forcément dans le quotidien (cit 38).

Citation 38

"AD5 : Après là oui, vu qu'y'a eu [l'encadrante], y'avait quand même les bénévoles. On était tous sur le même plan en fait. Y'avait pas de hiérarchie, tout le monde était au même niveau, on pouvait parler et écouter.

AD1 : Mais alors on sort de la réunion, y'en a qui prennent une marche sur les autres...
rire" – FG 5

Liberté d'expression et écoute sans jugement au sein du groupe (1/6)

Dans l'un des focus groups, les AD soulignent leur liberté de parole et la qualité de l'écoute durant les EDD (cit 39). Cela rejoint plusieurs points déjà abordés, notamment dans les effets primaires. Néanmoins, il nous semble pertinent d'en faire de nouveau mention ici, dans la mesure où cela participe à légitimer la composition hétéroclite des EDD.

Citation 39

"AD7 : L'écoute de la part de tous les participants. Que ce soit les collègues,

AD1 : Les bénévoles

AD7 : Les administratifs, moi j'ai trouvé qu'on était un bon groupe aussi et qu'il n'y avait pas de barrières.

AD6 : Ça c'est vrai.

AD1 : On pouvait parler librement.

AD7 : On pouvait parler de tout librement, sans

AD2 : Sans filtre.

AD7 : Pour ma part sans filtre ouais, sans être jugé.

AD3 : On se sentait à l'aise." – FG 5

7.1.2.3.2. Évaluation du dispositif : Le volontariat

Le volontariat est important (4/6)

Pour quatre focus groups, il ne fait aucun doute que la participation aux EDD doit être basée sur le volontariat (cit 40).

Citation 40

"AD6 : Parce que si on se sent obligé c'est même pas la peine.

AD5 : Non c'est mieux comme ça ouais." – FG 2

D'autres modalités seraient à envisager (2/6) – Dissensus

Dans deux focus groups, une partie des AD émet l'idée qu'il pourrait s'avérer intéressant de ne pas fonctionner que sur le mode du volontariat, mais de choisir des participant(e)s. Elles partent du principe que les salariées les plus en difficulté ne se porteront probablement pas volontaires, alors que ce serait particulièrement bénéfique pour elles de participer aux EDD. Il y a dissensus dans l'un des deux focus groups, car certaines notent qu'une participation contrainte peut être un obstacle au bon déroulement des EDD (cit 41). Elles parviennent à une proposition hybride, dans laquelle les participant(e)s seraient en partie choisi(e)s, mais auraient la liberté de quitter l'EDD s'ils en ont l'envie. Elles formulent l'hypothèse qu'une fois que les salariées récalcitrantes à l'idée de participer verront comment les EDD se déroulent concrètement, elles seront volontaires pour continuer à y prendre part.

Citation 41

"AD1 : Ouais je suis sceptique parce que je me dis est-ce que des personnes qui seraient pas volontaires au départ, est-ce que ça permettrait pas justement de les..."

AD7 : Ça les incite à

AD1 : On les inciterait un peu plus, est-ce que

AD6 : C'est vrai que t'a peut-être raison parce qu'y'a des personnes qui vont jamais participer.

AD7 : Y'a des salariés oui, qui d'emblée vont dire « ah ben non j'y vais pas », parce qu'elles ne se sentent pas à l'aise, parce qu'elles ont peur de...

AD5 : Après ça c'est quitte ou double parce que une personne qui n'est pas volontaire, la faire intégrer dans un groupe, ça peut aussi tout foirer quoi. Ça peut faire un blocage" – FG 5

7.1.2.3.3. Évaluation du dispositif : L'implication des bénévoles

L'implication des bénévoles est satisfaisante (5/6)

L'implication des bénévoles lors des EDD a été satisfaisante pour la plupart des AD, à savoir dans cinq focus groups. Leur présence ressort comme essentielle, en tant que décisionnaires et parties prenantes de divers processus impactant le travail quotidien des salariées. En outre, l'extrait sélectionné (cit 42) fait ressortir la perception de certaines AD que les bénévoles ne sont pas suffisamment informés de leurs réalités. Cela rejoint d'autres points détaillés précédemment.

Citation 42

"AD2 : Qu'elles soient là c'était bien.

AD1 : Comme ça ça leur permet de voir qu'est-ce qu'on fait exactement parce qu'ils savent rien sur nous hein. [...]

AD4 : Il faut qu'ils soient là de toute façon.

AD3 : Ah oui.

AD1 : Peut-être ils nous feront plus attention justement." – FG 6

L'implication des bénévoles est insuffisante (3/6)

Bien que, de manière générale, les AD soient satisfaites de la participation des bénévoles dans les EDD, elles soulignent dans trois focus groups un manque de présence ou d'implication de certains d'entre eux. Dans un focus group, des bénévoles ont été présents au tout début des EDD, puis plus du tout. Dans un second, les bénévoles étaient impliqués lorsqu'ils étaient présents, mais il est arrivé fréquemment qu'ils ratent des rencontres, pour diverses raisons. Dans le troisième, ce n'est pas tant l'implication des bénévoles ayant participé aux EDD qui est remise en question, mais plutôt celle du président de l'association. On dépasse peut-être ici le cadre de l'évaluation de l'intervention, toutefois ce n'est pas dénué de lien. Les AD dans ce focus group expriment de l'incompréhension quant à l'apparent manque d'investissement du président de leur association (cit 43). Ces échanges partent du fait qu'il n'était pas présent aux EDD, alors qu'elles auraient trouvé particulièrement pertinent qu'il y participe, au vu de sa méconnaissance, semble-t-il, de leurs réalités. Cela revoie selon nous à l'un des questionnements majeurs qui traversent et agitent, plus ou moins consciemment, le réseau départemental : Qu'est-ce qui est réellement attendu des bénévoles et comment sont-ils accompagnés de façon à pouvoir répondre à ces attentes ?

Citation 43

"AD3 : Mais ce serait bien que le président on l'y intègre aussi. Parce que ça reste un président, il est censé connaître j'pense de notre, enfin je suis pas trop une experte dans les asso, mais j'pense que y'a un minimum quoi. Quand on le voit des fois aux réunions de service par exemple, il est là, il nous regarde, il sait limite ce qu'on fait comme métier quoi. Il va pas du tout intervenir.

AD1 : Il s'intéresse pas.

AD5 (ironique) : Oh bah si quand même parce en été il dit comme ça il dit « Ma femme a travaillé [...], elle avait pas le choix de faire des week-ends ou autres ».

AD1 : Oui mais bon il s'intéresse pas.

AD4 : On n'est pas aides-soignantes, on est aides à domicile.

AD3 : Lundi on a eu notre droit d'expression, et y'a une des filles du secteur de [nom de secteur] qui nous a dit que le président avait accepté qu'on aille ramasser des bûches par exemple chez les gens. Mais on sait qu'on n'a pas le droit, nous on n'a pas le droit. Mais il est censé le savoir quand même. [...] Il connaît pas grand chose quoi. Je comprends pas qu'il puisse être président sans connaître vraiment notre métier." – FG 1

7.1.2.3.4. Évaluation du dispositif : L'implication de l'encadrement lors des réunions

L'implication de l'encadrement est satisfaisante (5/6)

L'implication de l'encadrement de proximité a été très largement apprécié. Les AD soulignent l'ouverture, la volonté d'avancer, l'investissement de leur encadrement durant les EDD (cit 44). Néanmoins, dans le focus group 5, les professionnelles évoquent l'écart entre l'implication pendant les EDD et les pratiques quotidiennes, point développé précédemment (cf 7.1.2.2.5 « Des écarts entre le discours et les actions »). Dans le focus group 3, l'implication de l'encadrement ne fait pas débat non plus, mais les AD soulignent cette implication ne suffit pas à ce qu'il y ait des changements notables. Seul le focus group 6, n'apporte pas de réponse directe au questionnement sur l'implication de l'encadrement, car les échanges dévient sur le relationnel entre les AD et le personnel administratif (cf point 7.1.2.3.9 sur l'animation des EDD).

Citation 44

"AD9 : A la réunion moi je trouvais que c'était bien, qu'elle participe et qu'elle a bien participé.

AD2 : Ah puis il fallait qu'elle

AD7 : C'est une démarche de progression

AD1 : Voilà c'est une démarche en bon sens quoi c'est-à-dire pour essayer d'évoluer sur certains sujets.

Animateur : Ok.

AD9 : C'est pas évident d'entendre 8 personnes [...] Y'avait quand même dans nos réunions beaucoup de choses quand on y allait, que ça n'allait pas quoi.

AD2 : Mais c'est dans le but d'améliorer l'ADMR, c'était dans un bon but.

AD1 : *Je pense qu'elle s'en sert comme ça.*

AD9 : *Ca va peut-être mettre longtemps à mûrir, ou à aboutir, mais peut-être que ça va venir, mais pas en quelques mois, je ne pense pas. J'espère.*

AD1 : *A la base c'était une bonne démarche quoi. C'était avoir envie de bien faire, de changer les choses.*

AD7 : *Et puis on sent qu'ils sont dans le positif pour aller mettre en place d'autres problématiques pour améliorer les choses. On le sent. Après est-ce que ça va améliorer vraiment certaines choses ou pas, faut le faire pour voir." – FG 3*

7.1.2.3.5. Évaluation du dispositif : La durée d'un EDD est satisfaisante (6/6)

Dans plusieurs focus groups, des AD suggèrent qu'une durée plus importante aurait été appréciable, mais leurs collègues modèrent, de telle sorte que le consensus tombe systématiquement sur les deux heures pratiquées durant l'expérimentation (cit 45).

Citation 45

"AD1 : Ouais c'était bien. Après ça passait vite.

AD2 : Si y'avait 4 heures on aurait toujours eu à dire hein.

AD5 : Ouais mais c'est trop long 4 heures.

AD4 : 2 heures c'est bien ouais." – FG 2

7.1.2.3.6. Évaluation du dispositif : La fréquence des EDD

La fréquence est globalement satisfaisante (5/6)

De manière générale, la temporalité mensuelle est appréciée par les AD, puisqu'elle permet une régularité, tout en s'insérant bien dans les contraintes de planification. Toutefois, il est arrivé à plusieurs reprises que des EDD soient annulés ou reportés, du fait de divers éléments (cf point 5.2.7). Les professionnelles soulignent qu'il est inconfortable de reprendre le travail d'analyse après ces interruptions allant de un à trois mois, puisqu'il est malaisé de se remémorer du cheminement effectué. La fréquence mensuelle permettrait aussi, comme mentionné dans l'extrait ci-dessous (cit 46), de réfléchir d'une séance à l'autre.

Citation 46

"AD3 : Nous on a eu le soucis c'est juillet-août. Donc la dernière et celle de septembre, on a eu du mal à se remettre dans l'ambiance.

AD2 : Ouais, mais je pense qu'une fois par mois c'est bien.

Animateur : Ok, une fois par mois c'est bien.

AD2 : *Ca permet de réfléchir entre les deux.*

AD1 : *Oui et puis aussi de pas trop perdre non plus, parce que quand tu poses la question quoi, que, comment, tu te perds vite si ça fait 6 mois entre les deux *rire*" – FG 3*

La fréquence est insuffisante (1/6)

Dans le focus group 4, les AD expriment que le travail sur une problématique est trop « étalé dans le temps » (cit 47), a fortiori lorsque des réunions sont annulées ou non planifiées pour diverses raisons. Ici il est difficile de savoir s'il s'agit réellement d'un problème de fréquence des EDD ou de temps nécessaire à l'aboutissement du traitement d'une problématique.

Citation 47

"AD4 : *C'est dommage que ce soit autant étalé dans le temps parce qu'on finit par oublier.*

AD2 : *Oui c'est vrai.*

AD1 : *Hm.*

Animateur : *Donc une fréquence qui peut être un peu trop faible ?*

AD2 : *Ouais là on a eu un trou pendant des mois en plus." – FG 4*

7.1.2.3.7. Évaluation du dispositif : La méthode d'analyse

La méthode est satisfaisante (6/6)

Les AD nomment différents avantages à la méthode d'analyse utilisée. Elles apprécient notamment le fait de détailler autant que possible les situations, de façon à prendre en compte un maximum d'éléments, à comprendre les enjeux en profondeur et les liens qu'ils entretiennent, d'aller au-delà de leur perception première du travail et de ses difficultés (cit 48).

Citation 48

"Animateur : *Sur la méthode d'analyse. Vous allez prendre une problématique, comprendre les causes, essayer de tout bien décrypter, comprendre les effets négatifs...*

AD4 : *Ca c'était bien.*

AD1 : *Ca c'est bien.*

AD3 : *Ca c'est bien.*

Animateur : *Ça ça vous va ?*

**assentiment général* [...]*

AD1 : *C'est vrai que ça t'aide à approfondir, à aller plus loin que "pourquoi on fait pas ça", bah non parce que là... Et puis s'apercevoir que des fois on n'a pas la main sur certaines choses.*" – FG 3

Vigilance sur les déviations (3/6)

Trois focus groups font part de la nécessité d'être vigilant aux digressions, aux échanges qui s'éloignent du sujet ou qui se fixent sur le récit d'un exemple de situation pas forcément en lien avec la thématique. Les AD notent ainsi qu'il est important de canaliser les discussions (cit 49).

Citation 49

"AD3 : Des fois fallait recadrer quand même parce qu'on partait un peu [...]"

AD3 : Parce qu'on pourrait partir sur une intervention ou une autre et qui est pas forcément en lien avec la question posée quoi." – FG 1

7.1.2.3.8. Évaluation du dispositif : La prise de note et les comptes rendus

La prise de note vidéo-projetée est satisfaisante (6/6)

La prise de notes vidéo-projetée pendant les EDD a été unanimement appréciée par les AD. Au-delà de l'intérêt de pouvoir suivre visuellement le cheminement des réflexions, cela permet de s'assurer que tous les participants comprennent les mêmes choses et de rectifier les imprécisions ou contresens au fur et à mesure. Cela implique également que la responsabilité de la prise de note peut être partagée par tous, contribuant ainsi au caractère participatif de la démarche et encourageant les membres à être actifs (cit 50).

Citation 50

"Animateur : Pourquoi [est-ce apprécié] ?"

AD2 : Ça permet de suivre.

AD3 : C'est parlant. [...]"

AD2 : On peut revenir sur des choses, changer des choses.

AD1 : Voir si on parle bien de la même chose.

AD2 : On peut revenir sur des points qu'on a vu avant en se disant non celui-là on s'est planté, c'est pas forcément ça. On l'a sous le nez quoi.

AD7 : Puis on recevait les feuilles aussi.

AD5 : Des fois entre ce qu'on peut dire et ce qu'on écrit y'a une marge. Des fois [l'encadrante] elle peut ne pas comprendre, ou on s'exprime moins bien et du coup nous en relisant on dit mais non c'est pas comme ça.

AD1 : C'est pas ça qu'on voulait dire.

AD2 : Le voir en direct.

AD3 : C'est ce qui se passait, c'était comme ça hein.

AD2 : Moi je trouve que c'est plus facile

AD3 : C'est plus parlant.

AD5 : C'est un travail de groupe du coup, c'est pas que elle. C'est vraiment tout le monde qui réagit à ce qui est écrit." – FG 5

Les comptes rendus sont appréciés, mais pas toujours transmis (2/6)

La question des comptes rendus émerge dans deux focus groups comme un élément positif. Toutefois, dans l'un de ces deux groupes, on note que les comptes rendus n'ont pas toujours été transmis au fil du temps et que les AD ont parfois dû les demander (cit 51).

Citation 51

"AD1 : On l'avait à chaque fois après le tableau je crois qu'elle nous l'envoyait.

Animateur : Je compte rendu qu'on vous envoyait sur papier ?

AD1 : Non par email je crois.

Animateur : Ah par email, d'accord.

AD2 : Nous on l'a reçu à la fin.

AD4 : On a tout reçu à la fin nous.

AD1 : Nous c'est nous qu'on avait demandé parce que comme y'avait pas mal d'absents à chaque fois..." – FG 6

7.1.2.3.9. Évaluation du dispositif : Animation des EDD

L'animation par l'intervenant extérieur est satisfaisante (6/6)

À la question du guidage durant les EDD, les AD émettent des retours positifs, expliquant qu'il était important de relancer et de recentrer les échanges, ainsi que de les accompagner dans l'analyse (cit 52). On pourrait supposer toutefois que le besoin de recadrage aurait été moins présent avec une autre méthodologie, plus focalisée, invitant à une exploration moins large des enjeux. Il est à noter les réponses étaient particulièrement susceptibles de se voir influencées par un biais de désirabilité sociale, l'interviewer étant l'objet de la question.

Citation 52

"AD4 : C'est justement d'avoir une personne qui guide.

AD5 : C'était bien structuré. On recentre.

AD4 : Après y'a un moment ça s'écarte de trop voilà on se recentre.

AD1 : Bah on n'a pas l'habitude d'aller sur des points bien précis comme ça.

AD2 : De détailler comme ça ouais.

AD1 : Et de rester sur un point, enfin moi j'ai pas spécialement l'habitude donc on a vite fait de s'éparpiller, sans s'en rendre compte.

AD5 : Ouais. Et c'est bien la réunion était bien guidée.

Animateur : Donc le guidage ça vous va

AD5 : Ah oui c'est indispensable." – FG 2

L'animation par l'encadrement de proximité soulève des questions (4/4)

Au moment des focus groups, seules quatre associations sont passées dans la phase de semi-autonomie, impliquant une animation de l'EDD par l'encadrement de proximité. C'est pourquoi ce thème comprends les réponses de quatre focus groups au lieu de six.

Dans le focus group 4, les AD sont unanimes quant à leur satisfaction vis-à-vis de l'animation par leur encadrante. Elles évoquent une réduction de la distance hiérarchique habituellement instaurée et une compréhension mutuelle. Elles notent aussi que l'encadrante est à l'écoute, qu'elle encourage et cherche à approfondir leur expression.

En revanche, les trois autres focus groups indiquent d'une manière ou d'une autre qu'il est moins aisé de s'exprimer lorsque c'est l'encadrement qui anime.

Pour certaines AD du focus group 3 il est moins aisé de s'exprimer lorsque l'encadrement anime en l'absence d'un intervenant extérieur, le lien hiérarchique pouvant être bloquant.

Le focus group 6 est scindé, les unes s'autocensurent pendant l'EDD par crainte des réactions de l'encadrement, les autres se sentent écoutées et à l'aise pour parler librement.

Les AD du focus group 5 relèvent quant à elles deux éléments, présentés dans l'extrait suivant (cit 53). D'une part, s'il est au début malaisé de s'exprimer librement eu égard au lien hiérarchique direct qui les unit à l'encadrement, cela s'arrange avec le temps et elles ont pu parler librement. D'autre part, il semble selon elles compliqué pour l'encadrement d'être à la fois dans l'animation de l'EDD, la participation aux échanges en tant qu'acteur concerné et la prise de note.

Cette hétérogénéité de ressentis fait pour nous écho à la diversité de positionnements, dans la littérature sur les EDD, concernant l'animation par l'encadrement.

En synthèse sur ce point, nous ne concluons pas aveuglément au bien-fondé de l'animation par l'encadrement. Cependant la balance avantages/inconvénients nous semble pencher en faveur de cette animation par le management local, à condition d'assurer une certaine vigilance quant à la qualité des relations qui l'unissent aux AD.

Citation 53

"AD4 : Une légère retenue oui.

AD5 : Moi j'ai pas de retenue en fait

AD3 : Non moi non plus.

AD2 : Au départ moi je me disais ça reste quand même ma chef. [...]

AD1 : Je pense que ça dépend aussi de la composition du groupe, on est un groupe assez, on n'a pas la langue dans notre poche donc ça nous a facilité les choses. Mais je sais pas avec un groupe qui aurait été peut-être plus sur la retenue ç'aurait peut-être été plus difficile. [...]

AD4 : Ben elle était là surtout pour, enfin elle notait, elle tape ce qu'on dit mais sans vraiment, enfin pour moi c'est ce que j'ai ressenti.

AD6 : Oui mais c'est peut-être difficile aussi pour elle, elle le disait bien qu'elle avait du mal à parler et à taper sur l'ordinateur en même temps.

AD5 : Oui mais ça va au début je le faisais moi.

AD1 : Oui mais même on avait l'impression qu'elle était pas dans la réflexion.

Animateur : Impression qu'elle était pas avec vous

AD1 : Dans la réflexion. Elle était dans l'animation en fait." – FG 5

Importance d'un tiers extérieur neutre (4/6)

La participation d'un tiers extérieur ressort comme un élément important à plusieurs égards.

Les focus groups 2, 3, 5 et 6 associent la présence d'un tiers extérieur à une plus grande liberté d'expression, comme on peut l'observer dans le point précédent, par contraste avec les liens hiérarchiques parfois bloquants qui les unissent à leur encadrement.

Ensuite, dans le focus group 6, les AD ont soulevé le rôle d'apaisement assuré par l'intervenant extérieur dans les situations de tension entre les acteurs présents. En l'occurrence elles associent cet effet d'apaisement au rappel au cadre et aux objectifs de la réunion, combiné à la neutralité de l'intervenant.

Les AD du focus group 3 évoquent deux avantages qu'elles ont perçu à la présence d'un intervenant extérieur. De par son positionnement neutre, elles sentent un accueil plus ouvert de leurs propos, quels qu'ils soient et quoi qu'ils supposent en termes de remise en question du fonctionnement actuel de l'organisation. Dans un second temps, elles mettent en avant l'idée que l'intervenant aurait des compétences spécifiques facilitantes, par exemple pour faire face à l'expression de souffrance d'une salariée ou pour guider les participants dans la méthode d'analyse qui sous-tendait les échanges.

Une AD du focus group 2 attribue à l'intervenant extérieur un rôle de traduction, comme une interface entre les discours des salariées et ceux des décisionnaires, permettant la compréhension mutuelle. Là encore, le caractère neutre ressort comme une explication potentielle de ce rôle spécifique.

Dans le focus group 5, choisi pour l'extrait ci-dessous (cit 54), les AD expriment qu'il est plus intéressant que l'encadrement participe aux échanges en tant qu'acteur à part entière et non pas en tant qu'animateur et acteur à la fois, d'où l'importance d'un intervenant extérieur et son caractère facilitant. Un deuxième point émerge quant à la confiance dans le devenir et l'aboutissement de la démarche par EDD au sein de l'association. L'une des AD, rejointe par ses collègues, exprime ses doutes sur le fait que les EDD perdurent et mènent à des changements concrets en l'absence d'un intervenant extérieur. Elles considèrent que leurs demandes et propositions du quotidien, peu coûteuses et facilement réalisables, n'étant pas prises en compte, il est fort probable que les actions émergeant des EDD, plus complexes, ne voient pas le jour. Il semble que l'intervenant extérieur soit perçu à la fois comme un représentant de la fédération et comme un acteur motivé intrinsèquement par l'amélioration de leurs conditions de travail, donc à double titre un certain garant du changement, duquel dépendrait le dispositif. Cet extrait est pour nous représentatif du défaut de régulation conjointe entre personnels administratifs et aides à domicile, faute de temps, et de la non confiance mâtinée de résignation qui s'en suit.

Citation 54

"AD5 : Moi j'y crois pas. [au fait que la démarche perdure]

AD1 : Non.

Animateur : C'est-à-dire ?

AD5 : Quand vous serez parti y'aura plus rien.

AD3 : Bah non.

Animateur : Vous pensez que ça va pas continuer ?

AD3 : Non.

AD1 : Ou si mais faire semblant, enfin ça va être du...

AD5 : Ca va être histoire de dire.

AD1 : On va pas aller au bout...

AD5 : Y'aura pas de concret. Enfin là avec vous on se sent plus forte. Enfin, non mais moi c'est ça, je me dis vous êtes là, vous c'est pas l'administratif, c'est plus haut, c'est la fédé. Donc ce que nous on vous dit, vous vous reportez pour votre thèse et ça peut avancer. Après je sais pas comment le dire mais...

AD1 : C'est un projet pour aller à bout tandis que nous on a l'impression qu'en fin de compte...

AD6 : Il faudrait quelqu'un de la fédé.

AD5 : Nous quand on propose des petites choses des fois, c'est pas grand-chose et c'est pas écouté. Donc faire des trucs plus poussés, mais c'est pire. Si on nous écoute pas maintenant sur des petites choses, comment nous on peut avoir confiance pour après ? " – FG 5

7.1.2.3.10. Évaluation du dispositif : Communication interne sur l'intervention *Des difficultés de communication interne (6/6)*

Dans tous les focus groups, les AD font part du déficit de communication interne sur le déroulement des EDD et les actions qui en découlent (cit 55). Il n'y a que peu, voire pas d'informations envoyées aux salariées ne participant pas aux EDD. Aucun média n'a apporté satisfaction, les réunions existantes sont trop chargées, les notes papier sont survolées, le mail n'est pas envisageable faute d'adresses mail professionnelles. En conséquence, à moins de faire partie de l'EDD en cours, les salariées ne connaissent pas le thème travaillé, ni les idées qui ressortent. Et qu'elles en fassent partie ou non, elles ne savent pas quelles actions ont pu être menées. Les salariées des six focus groups expriment toutes qu'elles ne savent pas où en sont les actions.

Citation 55

"AD4 : En fait il y a eu plusieurs groupes santé au travail et on n'a pas été mis au courant de sur quoi elles travaillaient et de la réflexion derrière.

AD3 : On n'a pas eu de compte rendu.

AD5 : On n'a pas suivi les avancements.

Animateur : Pas de communication...

AD4 : Non y'a pas eu trop de communications sur le..." – FG 6

Une quasi-absence de transmission informelle du contenu des réunions (6/6)

Quel que soit le focus group, la transmission informelle des échanges ayant lieu dans les EDD est inexistante ou très marginale. Les salariées ne communiquent pas ou peu auprès de leurs collègues sur la teneur des débats ou propositions issus des EDD. La principale raison à cela semble être le manque d'opportunité d'échanges informels avec les collègues. De fait, elles ne se voient que rarement hors des réunions, lesquelles sont très chargées et ne permettent pas de développer sur le contenu des EDD (cit 56).

Citation 56

"AD7 : Moi je pense que c'est là que ça coince, au niveau des retours oui. Déjà on se voit pas, donc les autres forcément... C'est ça c'est qu'on retourne à notre travail, on fait notre travail et on n'a plus de temps, les réunions d'îlots sont cadrées aussi, ça passe vite, donc on n'a pas le temps de discuter de ce..."

AD9 : Et de rapporter aux autres.

AD1 : Bah le plus gros, entre les lignes quoi. Enfin moi j'avais fait un petit résumé vite fait à mes collègues en fait. [...] On en parlait comme ça, ça pouvait être 5 min ou 10 min." – FG 3

7.1.2.3.11. Évaluation du dispositif : Amélioration de la démarche

Une démarche appréciée (6/6)

Dans tous les focus groups, les AD expriment à l'unanimité leur souhait que les EDD puissent continuer, au vu de ce que ça leur a apporté de participer (cit 57). On note toutefois des différences dans l'importance accordée au projet. Là où certaines salariées manifestent un intérêt appuyé pour la démarche en tant que vecteur de lien, de réflexivité, de changement, d'autres expliquent plus sobrement qu'elles ont apprécié les réunions.

Citation 57

"AD4 : J pense que plus on continue le projet, plus ça améliorera chaque association." – FG 1

Mieux communiquer (3/6)

Trois focus groups mentionnent la nécessaire amélioration de la communication interne sur le dispositif. Il s'agirait de rendre visible le contenu de la discussion mais également de faire le point sur l'avancement des actions (cit 58).

Citation 58

"AD2 : Ce serait peut-être bien de refaire

AD1 : Un petit rappel à l'ordre.

AD2 : Un petit point avec [encadrante].

Animateur : Pour reprendre un peu les plans d'action ?

AD2 : Où ça en est ouais." – FG 1

Plus d'actions concrètes (2/6)

Deux focus groups évoquent le besoin que les EDD se soldent par davantage d'actions. C'est particulièrement prégnant dans le focus group 5 où les professionnelles, après avoir exprimé l'impression de « brasser du vent », expliquent clairement le risque de démobilisation et d'effets délétères associés à l'immobilisme organisationnel (cit 59).

Citation 59

"AD1 : Je me dis j'ai l'impression qu'on va dans le vide. Puisque les choses sont pas encore... Comment on peut engager les filles si on a l'impression de... On peut pas les motiver si on voit pas les choses arriver

AD2 : Travail dans le vide.

AD1 : Ouais voilà.

AD4 : Ouais brasser du vent là on brasse de l'air. [...]

AD1 : Faut voir, ce serait bien qu'y'ait des choses qui aboutissent à quelque chose, pour aussi encourager quoi.

AD5 : Même pour nous si dans un an on veut se revoir notre petit groupe pour voir le résultat. Mine de rien s'il y du résultat, on voudra encore pousser et s'investir pour continuer, qu'un an après il y ait autre chose. Mais si dans un an il n'y a rien...

AD3 : On va tout laisser tomber, on va être blasée." – FG 5

Continuer la démarche avec d'autres thèmes et participant(e)s (2/6)

Dans deux focus groups, les AD soulignent l'intérêt de faire perdurer le dispositif, de façon à réunir d'autres aides à domicile, pour traiter d'autres thèmes. Dans l'exemple présenté (cit 60), l'AD1 ayant exprimé précédemment son changement de posture vis-à-vis des personnels administratifs, semble expliquer que le dispositif pourrait permettre une certaine cohésion à condition que l'ensemble des AD y prennent part à un moment.

Citation 60

"AD1 : On est toujours, comme on disait tout à l'heure, qu'il faudrait que tout le monde le fasse.

AD4 : Voilà tout le monde faut le faire, voilà.

AD1 : Parce que autrement t'auras les personnes qui ont fait cette démarche de venir

AD3 : Qui vont s'améliorer.

AD1 : Qui vont s'améliorer et y'aura une petite partie qui mettra la pagaille là-dedans parce que eux ils... Tu pourras pas avoir une réunion stable. Tu pourras pas dire "Tiens oui oh bah oui nous on est content parce que tiens on s'entend bien avec les secrétaires, tout marche" et de l'autre côté « Bah ouais gnagnagna le planning gnagnagna ». Et donc on n'arrivera jamais à quelque chose de correct. Par contre si tout le monde le faisait je pense que ça donnerait un coup de pouce aussi à l'association." – FG 1

Faire en sorte que tous les participants soient présents à chaque fois (1/6)

Le focus group 6 revient sur la nécessité de faire en sorte que les réunions soient planifiées de telle sorte que tous les membres de l'EDD puisse y participer, déjà évoqué précédemment (cit 37).

Plus d'investissement des bénévoles dans la démarche (1/6)

Le focus group 1 revient sur le défaut d'implication de certains bénévoles, mais surtout de la présidence. Les AD défendent l'idée qu'il faudrait plus d'investissement de la part des décisionnaires de l'association (cit 61).

Citation 61

"AD4 : Nous on voudrait que le président le fasse au moins une fois. Déjà.

AD1 : Qu'il participe au moins à une, mais tout le temps. Pas je viens une fois et je m'en vais.

Animateur : Qu'il participe à une démarche du début à la fin.

AD1 : Voilà.
AD4 : Voilà.
AD3 : Oui voilà.
AD1 : Et après que lui
AD2 : Que lui retransmette
AD1 : Voilà qu'il fasse la réunion et c'est lui qui bouge quoi, c'est lui qui nous dit sur quoi on aboutit." – FG 1

7.1.2.3.12. Évaluation du dispositif : Retours supplémentaires sur l'intervention
Dans cette dernière partie, nous rassemblons trois éléments obtenus à divers moments pendant les échanges, en dehors des questions posées.

Un dispositif perçu comme une réponse tardive et disproportionnée (1/6)

Une salariée du focus group 4 considère le dispositif, bien qu'il permette de répondre à des besoins tels qu'avoir un temps d'échange multipartite, comme une réponse tardive et inadaptée, soulevant les manques de l'organisation (cit 62). Ses collègues abondent et son témoignage rejoint certains points précédents, sur le fait d'exprimer régulièrement ses besoins, de signaler les difficultés, mais de ne pas être entendue par l'association. L'EDD apparaît alors pour cette professionnelle comme une forme de solution maladroite et excessive, quand il aurait suffi qu'elles soient simplement écoutées au quotidien.

Citation 62

"Animateur : Et vous disiez suite à ça que c'était dommage de devoir...
AD2 : Ben en arriver là ouais. Je pense.
Animateur : ... avoir un projet de santé au travail pour avoir...
AD2 : Bah moi c'est mon point de vue.
Animateur : Bien sûr.
AD2 : Moi je trouve que, je pense qu'on a fait des petites alertes pour dire « y'a pas de communication, y'a pas ci, y'a pas ça », ça ne bouge pas et y'a que à ce moment-là qu'on a un temps avec [l'encadrante et l'ATP] quoi.
AD4 : Ben ouais on n'a jamais eu ça.
AD2 : On n'a jamais eu." – FG 4

Impacte les participants mais pas le travail ou l'organisation (1/6)

Une aide à domicile du focus group 5 a une formule particulièrement intéressante et qui encourage grandement la remise en question du dispositif, non pas dans ses principes fondateurs, mais dans sa réalisation concrète. Elle fait ressortir que la démarche a eu davantage d'impact sur les individus que sur le travail (cit 63). Quelques moments après ces propos, les AD du focus group reviennent sur les intérêts, à niveau personnel, de la participation à l'EDD, qui contrastent avec son absence d'effets organisationnels.

Citation 63

"AD1 : Mon ressenti, j'ai vraiment l'impression qu'en fait ce travail a agi sur les participants plus que, j'suis désolée hein, plus qu'en fin de compte sur le travail lui-même" – FG 5

Un dispositif identifié comme la formation d'un collectif orienté vers la résolution de problèmes (1/6)

Pour l'une des participantes, le terme « collectif de travail » présenté durant le bloc C a renvoyé au fait que les EDD ont justement consisté à créer un collectif, un collectif qui soit spécifiquement orienté vers la résolution de problèmes (cit 64).

Citation 64

"AD5 : Le collectif de travail, forcément.

Animateur : Pourquoi ?

AD5 : Parce que c'est ce qu'on a fait.

Animateur : D'accord, c'est-à-dire ?

AD5 : Travailler en collectif, former un collectif pour travailler sur des problématiques."

7.1.2.4. Éléments contextuels

Cette partie sera traitée différemment dans la mesure où elle est beaucoup moins fournie que les précédentes, et quelques paragraphes suffiront à résumer le contenu des échanges. Nous aborderons d'abord deux facteurs transversaux, le manque de personnel et le changement de comptabilisation des inter vacations. Ensuite, nous résumerons succinctement une diversité d'éléments non partagés d'un focus group à l'autre.

7.1.2.4.1. Éléments contextuels : Des facteurs transversaux

Premièrement, à la question des changements impactant l'année passée, les six focus groups mentionnent, d'une manière ou d'une autre, le manque de personnel. Il est lié à de nombreux arrêts maladie, accidents de travail et restrictions médicales (FG 1, 2, 3, 4, 6), ou à des démissions, départs, abandons de postes et difficultés de recrutement (FG 1, 4, 5, 6). Ces éléments impactent fortement les aides à domicile, qui voient leur charge de travail augmenter (cit 65).

Citation 65

"AD1 : Beaucoup de départs et d'arrêts.

AD3 : Démissions. De collègues pas remplacées.

AD4 : Donc une surcharge de travail." – FG 4

Et les changements de planning se multiplient en conséquence, portant leur cortège de répercussions en termes d'anxiété et de difficultés relationnelles avec les personnes aidées ("Ah encore une nouvelle", "Encore une qui connaît pas", "Et puis il faut tout lui expliquer", "Et puis ça change tout le temps").

Ensuite, quatre focus groups évoquent les perturbations liées au changement de comptabilisation des temps inter vacation. Les AD se sentent encore plus pressées par le temps, mises sous pression pour respecter les temps de déplacement, donc stressées. En outre, elles se sentent surveillées, contrôlées, parce qu'elles doivent justifier des écarts au planning, ce qui ajoute de l'énerverment et de la tension (cit 66).

Citation 66

"AD1 : Moi ce qui me dérange plus c'est quand on a des nouvelles ATP par exemple pendant les vacances là, « Pourquoi vous avez fait plus 10 min ? », j'fais ben j'suis pas restée boire l'apéro pourtant. [...] Quand tu reçois ça toujours « pourquoi vous avez fait », ben si j'ai fait c'est que

AD9 : C'est qu'y'avait besoin." – FG 3

Cette pression s'accompagne de l'impression d'être perdantes financièrement parlant, sur les indemnités kilométriques. Une seule professionnelle considère que ce nouveau mode

de comptabilisation équivaut à une forme de reconnaissance dans la mesure où les temps entre intervention sont rendus plus officiels.

Les échanges sur ce projet inter vacation démontrent, là encore, le manque de clarté de l'organisation départementale pour les aides à domicile (cit 67).

Citation 67

"AD4 : En fait c'est que la fédération a décidé ça et ça embête tout le monde.

AD3 : Bah oui ça embête tout le monde et c'était très bien comme c'était avant.

AD4 : Oui ça embête tout le monde.

AD2 : C'est pas la fédération, c'est l'inspection du travail.

AD4 : Ouais bon.

AD5 : C'est l'inspection du travail ?

AD4 : Oui parce qu'en fait il faut qu'on ait un temps de pause le midi." – FG 1

7.1.2.4.2. Éléments contextuels : Des facteurs spécifiques

Parmi les changements impactant, les professionnelles notent des éléments ayant trait à des changements organisationnels (fermeture de l'accueil téléphonique l'après-midi, turnover administratif, problèmes de sectorisation), à des changements de pratiques des personnels administratifs (plus de mise en place de binômes dans les situations complexes, plus d'envoi de messages d'information), ou à des évolutions ressenties (augmentation du nombre de situations complexes, diminution des possibilités de communiquer avec le bureau).

7.1.2.5. Synthèse de la perception du dispositif par les aides à domicile

Cette partie vise à colliger ce premier volet de données qualitatives en vue de faciliter un positionnement sur l'hypothèse H1 et ses opérationnalisations.

7.1.2.5.1. Effets primaires

Des effets primaires, il ressort d'une part que le dispositif a participé à réunir des conditions favorables à l'émergence ou au renforcement d'un collectif de travail. L'interconnaissance, la compréhension des réalités des différents acteurs, la prise de conscience de vécus communs, l'amoindrissement de la crainte du jugement,

l'encouragement à solliciter du soutien de ses collègues, le partage d'astuces, tous ces éléments sont présents dans au moins trois focus groups, et tous symbolisent pour nous des étapes pavant le chemin d'un collectif de travail (voire un collectif transverse) effectif et protecteur. La création de règles partagées, caractéristique définitoire de ce type de collectif, ne se détache pas clairement des propos recueillis. En revanche, la création de représentations partagées, également essentielles, émerge avec force. De façon moins prégnante, les AD mentionnent aussi le renforcement d'un sentiment de cohésion entre les acteurs, les avantages de la réflexion collective, une diminution de la perception d'injustice, et le fait que ponctuellement, les EDD ont pu représenter une opportunité de soutien social.

Une grande partie des aides à domicile ayant pris part aux EDD disent se sentir reconnues, écoutées, prises en compte, par leur organisation, par les personnels administratifs. Ce sentiment de reconnaissance ne fait cependant pas l'unanimité, même s'il est présent dans tous les focus groups, car il fait l'objet de dissensus. Pour certaines, le fait d'être écoutées et prises en compte est déjà une marque de reconnaissance valable, pour d'autres, la reconnaissance doit passer par des actions plus concrètes. La participation aux EDD et la reconnaissance qu'elle peut offrir est également susceptible d'accroître un sentiment de légitimité à faire valoir sa parole à l'extérieur du service, auprès d'autres professionnels ou des bénéficiaires.

D'autre part, au-delà de la possibilité d'exprimer ses ressentis et difficultés, les EDD ont favorisé la mise en œuvre de processus réflexifs. Ils ont permis aux AD de remettre en question leurs représentations et leurs pratiques, à l'aune de celles de leurs collègues. Les relations peuvent d'ailleurs s'en trouver fluidifiées.

De diverses manières, par petites touches, les professionnelles suggèrent que les EDD participent à un sentiment d'inscription dans l'organisation. En créant du lien avec les bénévoles, décisionnaires ou non, en se sentant utile à l'association et en la comprenant mieux, il semble que prendre part aux EDD favorise une forme de sentiment d'appartenance.

La question du « pouvoir d'agir », dans des acceptions usuelles plutôt que dans un sens scientifiquement précis, fait débat au sein des AD. Certaines perçoivent un gain de pouvoir d'agir sur l'organisation ou dans les situations difficiles grâce au partage de pratiques, d'autres n'ont pas l'impression d'avoir gagné du « pouvoir », trop marginaux étant les changements ou leur sentiment d'avoir un impact demeurant trop faible.

Trois aides à domicile expriment que les EDD ont été pour elles associés à une forme d'effet négatif. Il s'agit pour l'une de la démoralisation associée à l'impression que certains sujets ne pourront pas être résolus, et pour les deux autres, d'une accentuation de la sensibilité à la pénibilité physique ou aux problèmes de planification. Si le premier point fait a priori difficilement débat quant à sa catégorisation en tant qu'effet négatif, c'est moins le cas du second. Il peut être interprété d'au moins deux façons : un accroissement de la pénibilité perçue associé à des effets délétères pour la santé ou une brèche pratiquée à travers les processus d'occultation de la pénibilité du métier, ouvrant des portes en termes de prévention.

7.1.2.5.2. Effets secondaires

Concernant les effets secondaires, donc les changements liés à des actions subséquentes aux EDD, les professionnelles spontanément n'en identifient pas. C'est dans les échanges que reviennent des exemples d'actions réalisées et les bénéfices qu'elles ont eu sur leur activité ou leur vécu du travail. Ce bloc expose la perception que les choses ne bougent pas, ou pas assez vite, malgré quelques changements positifs. Implicitement, il souligne aussi le manque criant d'informations sur les changements en question, les professionnelles n'étant pas sûres de ceux qu'elles peuvent attribuer aux EDD. À la marge, il y a également la notion assez problématique que dans l'un des focus groups, le positionnement de certains acteurs pendant les EDD, apprécié, est différent de leur posture en dehors qui s'avère moins propice au sentiment d'être écoutée et reconnue.

7.1.2.5.3. Évaluation du dispositif

De manière générale, les différents aspects de la conception des EDD sont satisfaisants pour les aides à domicile participantes. La composition du groupe, tant en termes de taille que de représentation des acteurs, leur semble pertinente. La durée et la fréquence des EDD, ainsi que les modalités de prise de notes et de comptes rendus font l'unanimité. La méthode d'analyse est satisfaisante à condition de bien cadrer les échanges. Le volontariat est perçu comme important, mais il pourrait être intéressant selon certaines AD d'inciter davantage à la participation, quitte à permettre aux professionnelles de se retirer de l'EDD en cours de route.

Plusieurs points soulèvent néanmoins des interrogations ou posent problème. L'implication des bénévoles pendant les EDD est perçue comme satisfaisante pour la plupart des AD, mais elle peut aussi faire défaut dans la durée ou ne pas concerner suffisamment les décisionnaires.

L'implication de l'encadrement est satisfaisante, mais l'animation par l'encadrement peut aussi bien être particulièrement appréciée que s'avérer source de difficultés en termes de liberté d'expression notamment. Il y a pour nous ici un lien avec le fait que l'animation par l'intervenant extérieur ait été très bien perçue par les AD, en ce qu'elles attribuent de nombreux avantages à la présence et à l'animation par un acteur « neutre » : apaisement en cas de tensions, facilitation de la compréhension entre acteurs, portage du dispositif, liberté d'expression, encadrement dédié à la participation. La question de l'animation n'est pas donc pas facilement tranchée.

La communication interne sur les EDD et les actions entreprises ressort comme le principal point d'achoppement, à l'unanimité. Les AD ne savent pas ce qui est mis en place ou non, ce qui est dû aux EDD ou non, et n'ont pas ou peu d'espaces pour échanger avec leurs collègues du contenu des EDD. Sachant que ces derniers n'impliquent que 4 à 8 professionnelles à la fois, sur les 32 à 76 qui composent les associations, cet aspect est critique.

Globalement, les EDD sont appréciés, mais nécessitent davantage d'issues concrètes et surtout de communication auxiliaire en interne.

7.1.2.5.4. Éléments contextuels

Des éléments contextuels, il ressort d'une part que les associations sont quotidiennement impactées par des impondérables qui bousculent tous les acteurs, confirmant des caractéristiques attribuées au secteur.

D'autre part le projet inter vacation, qu'il en soit à ses débuts ou instauré depuis quelques mois, selon les associations, semble avoir eu des contrecoups plutôt indésirables du point de vue des aides à domicile interviewées.

7.1.2.6. Positionnement sur l'hypothèse H1

Les focus groups nous apportent le point de vue d'une partie des AD ayant pris part aux EDD. Se faisant, ils nous permettent de nous positionner quant à l'hypothèse H1 opérationnalisée précédemment telle que :

H1 α : le dispositif de discussion permet d'accroître les ressources professionnelles des aides à domicile.

H1 β : le dispositif de discussion permet de réduire les exigences professionnelles des aides à domicile.

H1 γ : le dispositif de discussion permet de protéger et de développer la santé au travail des aides à domicile.

H1 δ : le dispositif de discussion est associé à une amélioration des résultats organisationnels.

Il nous semble important d'insister sur le fait que les conclusions suivantes ne concernent que les AD ayant pris part aux EDD et ne peuvent pas être généralisées à l'ensemble des professionnelles des organisations participantes.

Selon la perception que les AD ont du dispositif, les hypothèses H1 α et H1 β sont acceptées. Les EDD permettent effectivement un accroissement de certaines ressources professionnelles (renforcement du collectif, opportunité d'expression, reconnaissance perçue, réflexivité, soutien social, sentiment d'appartenance...) et une diminution de certaines exigences (contraintes horaires, déficit de prescription et d'information, tensions entre collègues et avec l'administratif...).

Selon la perception que les AD ont du dispositif, l'hypothèse H1 γ est partiellement acceptée.

D'une part, plusieurs AD expriment que la participation aux EDD leur a « fait du bien », a diminué certains ressentis pesants, ce qui va dans le sens d'une protection de la santé. En outre, les processus réflexifs mentionnés précédemment s'approchent certainement d'une forme de développement de la santé à travers le prendre soin du travail. Cependant, ces retours ne nous semblent pas suffisamment nombreux pour pouvoir conclure à l'acceptation de H1 γ .

D'autre part, pour trois AD les EDD ont eu des effets délétères sur leur vécu, tels que du découragement ou un accroissement de la pénibilité perçue. Ces retours sont indiscutablement plus marginaux que ceux concernant les effets bénéfiques, mais ils ouvrent la possibilité du rejet de H1 γ .

C'est pourquoi nous proposons la conclusion suivante pour H1 γ : Les EDD semblent favoriser la protection et le développement de la santé des AD participantes, mais sont susceptibles d'engendrer certains effets a priori indésirables pour une partie minoritaire d'entre elles.

Selon la perception que les AD ont du dispositif, l'hypothèse H1 δ est rejetée. Bien que des effets positifs pour les AD, et à travers elles pour les organisations, laisseraient supposer des retombées favorables sur les résultats organisationnels, nous n'avons pas recueilli suffisamment d'éléments indiquant une amélioration de ces derniers.

7.2. Approfondissement de la compréhension de la santé au travail des AD dans le réseau départemental ADMR

Cette partie présente les apports qualitatifs de la recherche-intervention pour la compréhension de la santé au travail des AD, sur la base de trois sources : une question ouverte incluse dans le questionnaire ; une enquête complémentaire sur les aspects du travail les plus pesants selon les AD ; les échanges menés dans les EDD.

7.2.1. Les priorités d'amélioration des conditions de travail

7.2.1.1. Méthode

Le questionnaire (cf point 6.1.1 et [annexe 6.1](#)) se concluait par la question ouverte suivante : « Pour vous, quelles sont les priorités d'amélioration de vos conditions de travail? ».

Une consigne précisait ainsi la question : « Vous pouvez mettre ici tous les aspects de votre travail qu'il vous semble le plus urgent d'améliorer. »

Les répondants bénéficiaient d'un espace pour répondre à leur convenance. L'objectif était d'obtenir des éléments supplémentaires pour comprendre ce qui importe aux AD en termes d'amélioration de leur travail et des conditions dans lesquelles elles le réalisent.

La procédure est présentée dans le point 6.1.2, qui détaille les conditions d'administration et de recueil du questionnaire.

7.2.1.1.1. Participant(e)s

Le tableau 7.4 expose le nombre de répondant(e)s à la question ouverte, dans chaque groupe, pour chaque temps de réponse et comparé au nombre de questionnaires exploitables recueillis.

Tableau 7.4 : Nombre de réponses obtenues à la question ouverte, dans chaque groupe, pour chaque temps de mesure.

	T1	T2	T3	T4	Total
Ctrl	182 (254)	126 (172)	146 (231)	91 (131)	545 (788)
Test	177 (259)	155 (219)	165 (258)	103 (181)	600 (917)
Total	359 (513)	281 (391)	311 (489)	194 (312)	1145 (1705)

Notes. Le nombre de questionnaires exploitables récupérés est précisé entre parenthèse. Ctrl : groupe contrôle ; Test : groupe test.

7.2.1.1.2. Analyse des données

Les réponses ont été analysées en deux grandes étapes : l'identification de thèmes et la création de catégories.

Les réponses contenaient souvent plusieurs thématiques, la première étape a été pour nous de les identifier et de les nommer. Cette étape a été itérative, plus nous avons traité de réponses, plus nous avons affiné les thèmes de façon à résumer au mieux les réponses.

Les thèmes ont ensuite servi à créer des catégories, chacune d'entre elle permettant de rassembler une multiplicité de thèmes.

L'objectif guidant l'identification de thèmes et la création de catégories était de proposer une manière de résumer la diversité des réponses des AD, de façon à pouvoir plus facilement les appréhender.

Le tableau 7.5 résume le processus d'analyse en présentant un exemple de réponse, les éléments qu'elle contient, les thèmes auxquels nous les avons finalement attribués puis les catégories associées.

Tableau 7.5 : Exemple de traitement d'une réponse

Réponse	Éléments	Thèmes	Catégories
Plannings plus réguliers qui ne changent pas d'une journée à l'autre. Journée moins élargie 8h/20h avec une heure de pause. Salaire et indemnité insuffisants	Avoir des plannings plus réguliers d'un jour à l'autre	Plannings plus réguliers, horaires fixes	Planification
	Avoir des journées moins longues	Amplitude horaire	Planification
	Avoir plus de temps de pause	Plus de temps de repos	Planification
	Augmenter le salaire	Salaire	Salaire
	Augmenter les indemnités kilométriques	Indemnité kilométrique	Salaire

7.2.1.2. Résultats

Au total, 252 thèmes ont été identifiés et répartis dans 13 catégories. Le tableau 7.6 présente ces catégories et le nombre de thèmes différents qu'elles comprennent.

Tableau 7.6 : Catégories et nombre de thèmes associés

Catégories	Nombre de thèmes
Planification	37
Échanges, relations et coordination interne	55
Salaire	6
Reconnaissance	15
Gestion de l'association	72
Conditions matérielles	4
Formation	12
Santé au travail	20
Coordination externe	10
Équilibre vie pro-vie privée	3
Divers	14
Point positif	4

7.2.1.2.1. Description des catégories

Cette sous-partie vise à décrire les catégories créées et les principaux thèmes qui s’y retrouvent. Les catégories sont classées par ordre décroissant de représentativité, le détail de leur répartition est présenté plus loin (cf figure 7.2, tableau 7.12).

Planification

Cette catégorie inclut tous les thèmes relevant du travail de planification. Le tableau 7.7 expose et décrit les thèmes les plus représentés au sein de cette catégorie en termes de nombre de réponses concernées.

Tableau 7.7 : Principaux thèmes de la catégorie Planification

Thèmes	Descriptions
Changements de planning	Avoir des plannings plus réguliers, moins fluctuants, limiter les changements de planning
Organisation/réduction des déplacements	Mieux rationaliser les déplacements, diminuer le nombre de kilomètres à effectuer, améliorer la sectorisation géographique
Amplitude horaire	Limiter l’amplitude horaire, faire des journées moins longues
Moins de ménage (quantité, répartition)	Effectuer moins d’heures de ménage, notamment au sein d’une même journée ou d’une même semaine
Moins de coupures	Avoir moins de « trous » dans les journées de travail

Échanges, relations et coordination interne

Cette catégorie renvoie aux thèmes touchant au lien et à la communication entre les acteurs au sein des associations (tableau 7.8).

Tableau 7.8 : Principaux thèmes de la catégorie Échanges, relations et coordination interne

Thèmes	Descriptions
Plus de communication/échange avec les collègues	Avoir plus d'opportunités d'échanger entre AD, ou améliorer la communication actuelle, notamment pour du soutien ou de la transmission d'information
Plus de renseignements sur les PA	Disposer d'informations plus précises et exhaustives avant d'intervenir chez les personnes aidées
Plus de communication/échange avec le personnel administratif	Avoir plus d'opportunités d'échanger avec le personnel administratif, ou améliorer la communication actuelle, notamment pour du soutien, de la résolution de problèmes ou de la transmission d'information
Plus d'écoute	Bénéficier de plus d'écoute de la part de l'organisation

Salaire

La catégorie Salaire regroupe les thèmes portant sur la rétribution pécuniaire ou en nature (tableau 7.9).

Tableau 7.9 : Principaux thèmes de la catégorie Salaire

Thèmes	Descriptions
Salaire	Bénéficier d'une revalorisation de la rémunération
Indemnité kilométrique	Bénéficier d'une revalorisation de l'indemnisation des kilomètres effectués
Avantages	Bénéficier d'avantage en nature (tickets restaurants, bons...)

Reconnaissance

La catégorie Reconnaissance (tableau 7.10) fait référence aux thèmes liés au besoin d'être davantage reconnu, sans compter la reconnaissance pécuniaire, comprise dans la catégorie Salaire.

Tableau 7.10 : Principaux thèmes de la catégorie Reconnaissance

Thèmes	Descriptions
Reconnaissance du métier, du travail accompli	Être davantage reconnu de manière générale en tant que professionnelle, pour les tâches effectuées, les compétences déployées, les spécificités du métier
Respect des salariées	Être davantage respectée en tant que personne et en tant que professionnelle
Reconnaissance par les PA	Être davantage reconnue par les personnes aidées

Gestion de l'association

Cette catégorie réfère à une diversité de thèmes liés aux choix opérés par les décisionnaires des associations ou au fonctionnement des associations (tableau 7.11).

Tableau 7.11 : Principaux thèmes de la catégorie Gestion de l'association

Thèmes	Descriptions
Plus de personnel d'intervention	Renforcer le recrutement, embaucher davantage d'AD
Faire plus de situations d'accompagnement / Moins d'interventions de confort	Préférer la prise en charge de situations d'accompagnement et réduire les situations d'intervention d'entretien du logement, notamment pour les familles ou les personnes qui ne sont pas en situation de dépendance.
Meilleure prise en compte des besoins des PA	Améliorer la prise en compte et le respect des besoins et préférences des PA (temps d'intervention, tâches à réaliser...)
Temps partiel subi	Signalement que le temps de travail ne correspond pas au souhait du ou de la professionnelle
Plus de formation des nouvelles recrues	Renforcer la formation des nouvelles embauches

Conditions matérielles

La catégorie Conditions matérielles renvoie principalement au besoin d'avoir du matériel adapté, à la fois du matériel courant pour les tâches d'entretien du logement et du matériel médical pour les actes concernant l'accompagnement en situation de dépendance. Quelques professionnelles mentionnent également l'inadéquation des logements par rapport aux besoins des PA, ou encore l'insalubrité dans certaines situations.

Formation

Dans cette catégorie, il est question de bénéficier de davantage de formations, de façon générale, et quelques salariées cibles des formations spécifiques (gestes et postures, utilisation de matériel...).

Santé au travail

Quelques réponses restent trop évasives pour pouvoir les classer précisément, par exemple lorsque les professionnelles mentionnent simplement les « conditions de travail ». C'est ce thème qui compose la majeure partie de cette catégorie (par ailleurs très minoritaire). S'y retrouvent également des éléments comme le « stress », l'« ergonomie », ou la « fatigue ».

Coordination externe

Dans cette catégorie, il est question d'améliorer la coordination entre l'association et les autres acteurs du médico-social, ou la communication entre le personnel administratif et les PA. Il est également fait mention de la nécessité de mieux expliquer les limites du services aux PA.

Équilibre vie pro – vie privée

Quelques professionnelles soulèvent l'impact du planning sur leur vie privée, ou plus généralement la dimension envahissante du travail sur la vie personnelle.

Divers

Comme son nom l'indique, cette catégorie est composée de thèmes ne rentrant dans aucune autre catégorie. Cela s'explique soit par leur caractère très spécifique, soit par un manque de précision, soit par notre incapacité à comprendre ce qui a été exprimé. Le seul thème présent dans plusieurs réponses est « Changer la convention collective ».

Points positifs

Moins d'une dizaine de réponses soulèvent des éléments positifs tels que « Tout va bien » ou « Rien à améliorer ». Leur taux d'apparition étant extrêmement faible, nous aurions pu les ranger dans la catégorie Divers, nous faisons néanmoins le choix de les distinguer.

7.2.1.2.2. Proportion d'apparition des catégories au fil du temps

Le tableau 7.12 présente la prévalence des catégories à chaque temps de mesure pour les deux groupes confondus (les tendances étant très similaires entre eux). Il s'agit du pourcentage de réponses contenant au moins un thème appartenant à chaque catégorie. Il est donc normal que les totaux par colonne ne soient pas équivalents à 100 %. Par exemple, la Planification a été évoquée dans 65 % des réponses à T1, l'Équilibre vie pro – vie privée dans 2 %.

Tableau 7.12 : Proportion de réponses faisant référence à chaque catégorie

Catégories	T1 N=359	T2 N=281	T3 N=311	T4 N=194	Total N=1145
Planification	65 %	63 %	55 %	51 %	59 %
Échanges, relations et coordination interne	31 %	32 %	24 %	25 %	28 %
Salaire	12 %	30 %	28 %	33 %	24 %
Reconnaissance	16 %	21 %	14 %	28 %	19 %
Gestion de l'association	13 %	13 %	17 %	16 %	14 %
Conditions matérielles	13 %	11 %	8 %	8 %	10 %
Formation	6 %	2 %	6 %	2 %	4 %
Santé au travail	3 %	4 %	2 %	3 %	3 %
Coordination externe	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %
Équilibre vie pro-vie privée	2 %	3 %	1 %	1 %	2 %
Divers	1 %	2 %	2 %	2 %	2 %
Points positifs	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %

La Planification est la catégorie la plus largement évoquée quel que soit le temps de mesure (51-65 %). Les Échanges et la coordination interne sont la deuxième catégorie la plus présente (24-32 %), à peu près à égalité avec la catégorie Salaire (12-33 %).

Cette dernière augmente fortement de T1 à T2 puis se maintient. Une explication potentielle à cet accroissement réside dans le fait que lors de la première restitution de l'avancement du projet (donc avant remplissage du questionnaire T2), nous avons présenté une description des réponses ouvertes du questionnaire. La faible présence du salaire ayant quelque peu interloqué les salariées, il est possible qu'elles l'aient mentionné plus fréquemment pour cette raison.

La Reconnaissance est assez peu présente (14-21 %) au vu de son importance dans les discours des salariées et selon la littérature, excepté à T4 (28 %). Il est toutefois possible que la catégorie Salaire et la catégorie Reconnaissance soient dans la réalité en partie confondues, bien que les réponses aient établi assez clairement la distinction entre besoin de reconnaissance et besoin d'augmentation de la rémunération.

La Gestion de l'association est peu présente mais constante (13-17 %), contrairement à la catégorie Conditions matérielles qui diminue de façon continue (8-13 %). Une part presque anecdotique des réponses évoque les catégories restantes Formation (2-6 %), Santé au travail (2-4 %), Coordination externe (3 %), Équilibre vie pro-vie privée (1-3 %), Divers (1-2 %) et Points positifs (0-1 %).

La figure 7.2 reprend ces chiffres uniquement pour les principales catégories, concernant au moins 10 % des réponses ou s'en approchant.

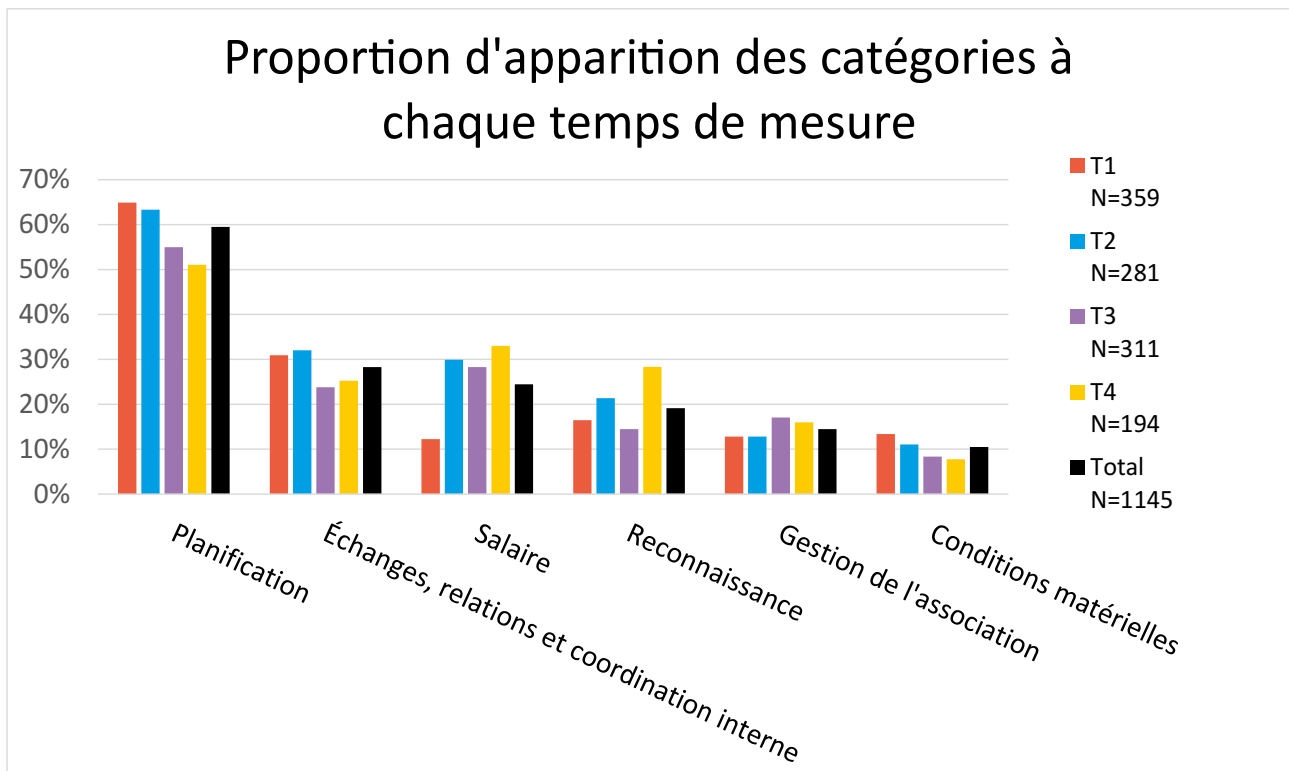


Figure 7.2 : Proportion d'apparition des principales catégories de T1 à T4

7.2.2. Une enquête complémentaire sur les aspects les plus pesants

Au fil de la recherche-intervention les échanges avec les différents acteurs, hors et en EDD, nous ont permis d'identifier divers éléments de l'activité des AD que ces dernières perçoivent comme pénibles ou sources de souffrance. Nous nous sommes interrogé sur la potentielle hiérarchisation du degré de nuisance de ces éléments, sur l'importance relative des sources de pénibilité pour les AD. Ce questionnement a donné lieu à l'enquête complémentaire décrite ci-après.

7.2.2.1. Méthode

7.2.2.1.1. Matériel

Nous avons établi une liste synthétique de 17 éléments perçus comme problématiques par les AD. Certains sont issus directement des thématiques choisies en EDD ou des discussions dans ces derniers, d'autres proviennent d'échanges plus informels avec les salariées, certains reprennent des catégories ou parties de catégories provenant de l'analyse de la question ouverte du questionnaire. En voici la liste :

- Manque de matériel (courant ou médical)
- Manque de reconnaissance du métier, du travail accompli
- Manque de communication ou d'écoute des autres professionnels (infirmières, médecins, conseillères en gérontologie...)
- Manque de temps ou de moyens d'échanges avec les collègues
- Situations dans lesquelles je dépasse les limites de mon métier (parce que « si je ne le fais pas, personne ne le fera » ou alors les PA me disent « d'habitude, votre collègue le fait »)
- Planification (amplitude horaire, changements de planning...)
- Situations dans lesquelles je suis confronté(e) à la souffrance des personnes aidées
- Manque de communication avec le bureau ou d'écoute du bureau
- Situations dans lesquelles je me sens agressé(e) (par les personnes, leurs familles...)
- Débordement du travail sur la vie privée
- Interventions trop courtes ou trop longues
- Manque d'informations sur les situations (pathologies, habitudes, logement...)
- Manque de clarté sur mes conditions d'emploi (comptabilisation des kms, respect de la convention collective, respect du contrat de travail...)
- Trop de ménage (pénibilité physique, impression que ce n'est pas mon métier)
- Manque de cohésion ou tensions entre collègues
- Situations dans lesquelles la famille de la PA complique mon travail
- Trop de déplacements
- Autres

7.2.2.1.2. Procédure

Lors du quatrième temps de mesure, une fois les questionnaires complétés et recueillis, les 17 éléments ont été présentés aux salariées. Elles ont ensuite été invitées à former des groupes de quatre à cinq personnes pour discuter des thèmes qui leur semblent les plus difficiles à vivre dans leur travail, pendant une vingtaine de minutes, guidées par la question suivante : « *Quels aspects de votre travail vous pèsent le plus, physiquement ou mentalement ?* »

Puis il leur a été demandé de suivre la consigne suivante, de façon individuelle :

« Choisir et numéroter par ordre d'importance les 5 éléments les plus pesants. En numéro 1, le plus pesant, jusqu'au 5. »

7.2.2.1.3. Participantes

207 réponses ont été recueillies dans les 11 associations qui ont pu participer au quatrième temps de mesure.

7.2.2.2. Résultats

7.2.2.2.1. Premier classement

Dans un premier temps, les éléments ont été classés en fonction de la fréquence à laquelle les salariées les ont cités comme faisant partie des cinq aspects les plus pesants pour elles (tableau 7.13).

Tableau 7.13 : Premier classement des aspects les plus pesants

	Cit tot	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
Trop de ménage	14 %	26 %	11 %	14 %	9 %	13 %
Manque de reconnaissance	13 %	26 %	18 %	6 %	6 %	8 %
Planification	11 %	15 %	13 %	9 %	11 %	6 %
Manque d'informations sur les situations	9 %	4 %	6 %	10 %	12 %	10 %
Interventions trop courtes ou trop longues	7 %	2 %	5 %	9 %	11 %	9 %
Manque de communication avec le bureau ou d'écoute du bureau	7 %	3 %	9 %	9 %	6 %	6 %
Manque de temps ou de moyens d'échanges avec les collègues	6 %	6 %	7 %	9 %	3 %	7 %
Trop de déplacements	5 %	3 %	4 %	6 %	5 %	7 %
Débordement du travail sur la vie privée	4 %	1 %	3 %	7 %	5 %	4 %
Situations dans lesquelles je dépasse les limites de mon métier	4 %	1 %	4 %	4 %	6 %	5 %
Manque de clarté sur mes conditions d'emploi	4 %	1 %	3 %	2 %	5 %	7 %
Manque de communication ou d'écoute des autres professionnels	3 %	3 %	2 %	2 %	3 %	5 %
Manque de matériel	3 %	3 %	3 %	2 %	4 %	4 %
Situations dans lesquelles je me sens agressé(e)	3 %	1 %	3 %	3 %	5 %	2 %
Situations dans lesquelles la famille de la PA complique mon travail	3 %	1 %	2 %	4 %	4 %	2 %
Situations dans lesquelles je suis confronté(e) à la souffrance des personnes aidées	3 %	2 %	3 %	2 %	4 %	2 %
Manque de cohésion ou tensions entre collègues	2 %	1 %	3 %	1 %	1 %	2 %
Autre	1 %	2 %	0 %	0 %	0 %	1 %

Notes. Cit tot : proportion de chaque élément par rapport au nombre total d'éléments cités comme faisant partie des cinq les plus pesants ; N°1 : proportion d'apparition de chaque élément en première position par rapport au nombre total d'éléments cités en première position.

Le fait de réaliser trop de ménage est l'aspect le plus souvent mentionné individuellement comme faisant partie des cinq les plus pesants (14 %), suivi du manque de reconnaissance (13 %), de la planification (11 %) puis du manque d'information sur les intervention (9 %).

Le « trop de ménage » et le manque de reconnaissance sont les deux aspects revenant le plus souvent en première position, chacun en représentant 26 %.

Le manque de reconnaissance est le plus cité en seconde position (18 %), le « trop de ménage » est le plus représenté en troisième (14 %) et cinquième position (13 %), enfin le manque d'information est le plus présent en quatrième position (12 %).

7.2.2.2.2. Second classement

Dans un second temps, nous avons regroupés certains thèmes selon leur proximité et/ou en fonction des catégories précédemment établies (partie?) :

- Planification : Planification ; Interventions trop courtes ou trop longues ; Trop de déplacements
- Manque de communication et relations internes : Manque d'informations sur les situations ; Manque de communication avec le bureau ou d'écoute du bureau ; Manque de temps ou de moyens d'échanges avec les collègues ; Manque de cohésion ou tensions entre collègues
- Travail émotionnel et relationnel : Situations dans lesquelles je me sens agressé(e) ; Situations dans lesquelles la famille de la PA complique mon travail ; Situations dans lesquelles je suis confronté(e) à la souffrance des personnes aidées

Le classement associé est présenté dans le tableau 7.14.

Tableau 7.14 : Second classement des aspects les plus pesants

	Cit tot	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
Manque de communication et relations internes	27 %	14 %	28 %	32 %	27 %	32 %
Planification	23 %	21 %	22 %	24 %	27 %	22 %
Trop de ménage	14 %	26 %	11 %	14 %	9 %	13 %
Manque de reconnaissance	13 %	26 %	18 %	6 %	6 %	8 %
Travail émotionnel et relationnel	8 %	4 %	8 %	9 %	13 %	7 %
Débordement du travail sur la vie privée	4 %	1 %	3 %	7 %	5 %	4 %
Situations dans lesquelles je dépasse les limites de mon métier	4 %	1 %	4 %	4 %	6 %	5 %
Manque de communication ou d'écoute des autres professionnels	3 %	3 %	2 %	2 %	3 %	5 %
Manque de matériel	3 %	3 %	3 %	2 %	4 %	4 %
Autre	1 %	2 %	0 %	0 %	0 %	1 %

Notes. Cit tot : proportion de chaque élément par rapport au nombre total d'éléments cités comme faisant partie des cinq les plus pesants ; N°1 : proportion d'apparition de chaque élément en première position par rapport au nombre total d'éléments cités en première position.

Le manque de communication et les relations internes (27 %) se retrouvent en tête des éléments les plus fréquemment cités comme appartenant aux cinq aspects les plus pesants. Suivent la planification (23 %), le « trop de ménage » (14 %), le manque de reconnaissance (13 %), puis le travail émotionnel et relationnel (8 %).

Par rapport au premier classement, le « trop de ménage » et le manque de reconnaissance demeurent les deux aspects revenant le plus souvent en première position, chacun en représentant toujours 26 %.

Cependant, c'est le manque de communication et les relations internes qui est le plus souvent cité en deuxième (28 %), troisième (32 %), quatrième (27 %) et cinquième positions (32 %), suivi à chaque fois de la planification.

7.2.3. L'apport des EDD

À travers l'analyse des problématiques, les échanges dans les EDD ont soulevé un certain nombre de déterminants impactant la santé au travail des aides à domicile. Ils sont pour partie déjà bien décrits dans la littérature (cf point 1.2), nous n'y reviendrons pas en

détail mais relèverons ceux qui ont émergé de façon notable. En outre, à l'image de l'enrichissement du diagnostic que souligne Merceron (2016), notre perception des interactions entre ces divers éléments s'en est trouvée affinée. Nous présentons donc ici une synthèse de ces éléments et terminons par un résumé de leurs interactions. Les citations occasionnelles en italique sont issues de propos tenus par les AD et pris en note durant les EDD.

7.2.3.1. Le fonctionnement du réseau départemental

7.2.3.1.1. La place du bénévolat

La place du bénévolat dans les associations soulève, en l'état, un certain nombre de questionnements. D'une part, l'investissement bénévole est très variable d'une association à l'autre, ainsi que la clarté des limites entre leurs tâches et celles des personnels administratifs. Ensuite, les bénévoles ne sont pas toujours formés ou à l'aise pour réaliser certaines missions essentielles. Pour les visites initiales à domicile par exemple, il est important de repérer les risques liés aux domiciles, de préciser suffisamment les tâches à effectuer, de présenter les limites du service et des demandes à faire aux AD. Ces éléments demandent des compétences particulières, techniques et relationnelles, et impliquent de rentrer dans l'intimité des personnes. Il s'avère que beaucoup de bénévoles ne sont pas formés ou ne se sentent pas légitimes pour les réaliser. Autre exemple, la coordination avec les partenaires du médico-social (hôpitaux, SSIAD...) et les PA ainsi que leur entourage, nécessite là aussi des compétences spécifiques, une capacité de positionnement.

7.2.3.1.2. Le déficit d'interconnaissance entre associations et fédération

Dans le discours des AD, la fédération apparaît souvent comme une entité lointaine, dont descendrait ponctuellement des injonctions déconnectées de leur réalité. De fait, le fonctionnement, les missions, les acteurs de la fédération sont bien souvent inconnus des AD. Cela entraîne de nombreuses représentations erronées, une forte impression d'iniquité, et participe à leur sentiment de ne pas être reconnues. Il est possible par exemple d'entendre des AD se révolter de la manière dont la fédération ne fait pas en sorte de les rémunérer davantage, bien que ce ne soit pas de son ressort. De l'autre côté, si certains services fédéraux sont au fait des réalités des associations, il semble qu'un certain nombre

d'acteurs locaux ne se sentent pas impliqués dans la conception des projets ou orientations à ampleur départementale.

7.2.3.2. La coordination externe

La littérature identifie un déficit de coordination du secteur de l'aide à domicile avec les autres acteurs du médico-social. Cela se retrouve dans les EDD, les AD et personnels administratifs soulignent leur manque d'inclusion : les informations ne leur sont que partiellement partagées, rares sont les occasions de faire entendre l'avis professionnel des AD sur la prise en charge des PA, les associations doivent s'adapter aux exigences des autres services...

D'un autre côté, la coordination avec les personnes aidées et leur entourage semble également faire défaut. En effet, les désaccords et incompréhensions sur les tâches prescrites sont fréquents, et il incombe souvent aux AD de trancher.

7.2.3.3. La planification et les difficultés du personnel administratif

L'amplitude horaire, les changements de planning, l'inégale répartition de la charge de travail d'une journée à l'autre, le manque de temps en et entre interventions... la planification pèse substantiellement sur l'activité des AD. Le choix des thèmes d'EDD le montre, le contenu des échanges également. Au-delà de leur emprise temporelle et de la fatigue qu'elles engendrent, ces contraintes de planification sont une source pérenne d'inquiétude, de démoralisation, d'agacement, de perception d'injustice et de manque de reconnaissance.

De leur côté, les personnels administratifs ne sont pas en reste. Outre la surcharge de travail, le manque de temps et de clarté de définition de certaines tâches, relevés dans la littérature, les échanges en EDD soulignent un poids relationnel et émotionnel. Qu'il s'agisse de faire face à la souffrance que leur expriment les AD, aux reproches des PA et de leur entourage, ou encore à la pression des hôpitaux dans le cadre des retours d'hospitalisation, les personnels administratifs sont soumis à rude épreuve. Ces difficultés rencontrées par le personnel administratif, si elles ne sont pas toujours évoquées explicitement dans les échanges, sont systématiquement présentes, de manière implicite, lorsqu'il s'agit de

construire les plans d'action puis de les réaliser. Alors le poids de leur quotidien, non content de peser sur leurs épaules, vient alourdir et compliquer la concrétisation des discussions.

7.2.3.4. Les interactions vie professionnelle – vie privée

Là encore, les discussions confirment les apports de la littérature, puisque les AD identifient clairement l'impact du travail sur leur vie privée. Elles évoquent bien sûr l'impact du planning, mais aussi le poids des appréhensions liées au travail. En effet l'anticipation des journées à venir, les doutes sur le travail de la journée, les appréhensions quant à la santé des PA, tous ces éléments occupent leurs pensées y compris hors temps de travail. En outre, les efforts considérables que leur demandent certaines journées ou situations, physiquement comme émotionnellement, impactent fortement leur disponibilité une fois rentrées chez elles. D'autre part, il ressort dans plusieurs EDD que les AD prennent sur du temps personnel pour communiquer avec leurs collègues, prendre ou transmettre des informations, proposer ou solliciter du soutien social. Ces interactions hors temps de travail vont de l'appel téléphonique à l'entrevue sur le terrain, pour guider une collègue jusqu'au domicile d'une PA, voire l'accompagner dans son intervention. La dynamique inverse, l'impact de la vie privée sur le travail, a été évoquée, mais bien moins fréquemment.

7.2.3.5. Le travail émotionnel et relationnel

Une part substantielle des échanges en EDD concernent la complexité de la posture professionnelle à adopter ainsi que les exigences relationnelles et émotionnelles, en cohérence avec la littérature. Le relationnel parfois difficile avec les PA représente un certain poids psychique pour les intervenantes, engendrant des perturbations émotionnelles, et entravant leur activité. De plus, ne pas réussir à atteindre une certaine qualité de relation peut être associé à un empêchement, à une impression de ne pas pouvoir effectuer correctement son travail. De même, les relations avec l'entourage des PA, fréquemment évoquées comme déstabilisantes voire délétères ou violentes, déterminent fortement le vécu au travail des AD et les modalités de réalisation de ce travail. Outre la gestion du relationnel et de la posture professionnelle associée, certaines situations génèrent de fortes charges émotionnelles. La confrontation à la souffrance et à la vulnérabilité peut être difficile

à supporter. Les professionnelles portent aussi une très forte responsabilité vis-à-vis de la santé des PA, sentiment associé à beaucoup de doutes, d'anxiété, parfois d'impuissance.

Face à ces enjeux, le positionnement des associations quant à l'accompagnement et/ou la protection des AD est variable, mais les organisations semblent généralement assez démunies. Les équipes administratives, parfois les bénévoles également, représentent un soutien et peuvent être amenés à intervenir en médiation dans les situations de tension. Il ressort néanmoins des EDD, nous semble-t-il, que la principale mécanique d'amortissement des situations à forte charge émotionnelle et/ou relationnelle est « naturellement » incarnée par la capacité des AD à supporter, à prendre sur elles. Nous notons par ailleurs dans le discours des AD et les comportements qu'elles rapportent, que le prendre soin des PA prime absolument sur le prendre soin de soi, en raison d'une "*conscience professionnelle*" : "*On voit le confort de la personne, on ne voit même plus le nôtre*". Disquay (2015) y fait référence lorsqu'elle décrit certaines normes du care, et nous le retrouvons dans les EDD. Au prendre soin des PA, se rajoute d'ailleurs la volonté de ne pas peser sur les collègues en se mettant en arrêt.

7.2.3.6. La pénibilité physique

Somme toute, la pénibilité physique ressort assez peu souvent des EDD. Elle peut concerner les tâches ménagères, ou des demandes de PA qui sortent de leur rôle. Il semble que les AD ont bien intégré certaines limites à ce que peuvent exiger les PA ou leur entourage en termes de tâches physiquement pénibles. D'autre part, des situations complexes, de forte dépendance, sont parfois évoquées comme particulièrement pénible physiquement. Mais les AD n'en parlent pas comme un problème en soi, elles expriment plutôt le besoin d'être plus systématiquement en binôme ou d'avoir la garantie d'un matériel adapté. Un autre point surgit à quelques occasions, les ambiances physiques pénibles. Il s'agit là des logements insalubres, notamment des situations d'hygiène extrêmement dégradée, qui suscitent un dégoût parfois très marqué, allant jusqu'à déclencher des nausées. Ces situations sont minoritaires, mais le vécu qu'en ont les AD est saillant.

7.2.3.7. La reconnaissance perçue

Le manque de reconnaissance dont souffrent le secteur et les professionnelles de l'aide à domicile est identifié et théorisé. Les EDD ne font que confirmer son importance pour les AD. Elles se sentent reconnues dans certaines situations, par certaines PA, familles, parfois par leur association. Cela étant posé, un fort déficit de reconnaissance se fait sentir et est exprimé dans les EDD, concernant l'ensemble de leur écosystème : les autres professionnels du médico-social, les PA, l'entourage des PA, les associations employeuses, la fédération, leur propre entourage, les pouvoirs publics. Le symbole récurrent du manque de reconnaissance demeure la qualification, par les PA ou leur entourage, de « femme de ménage ».

7.2.3.8. La coordination et les relations internes

La question de la coordination et des relations internes émerge souvent dans les EDD. Bien que les AD trouvent des moyens de créer du lien avec les collègues de leur secteur, le manque d'opportunités d'échanger est flagrant. Il se fait sentir dans le fort déficit d'interconnaissance et de compréhension entre les acteurs au sein d'une association, entre AD, entre AD et administratifs, AD et bénévoles. La transmission des informations est souvent laborieuse, favorisant les incompréhensions. L'importance de la cohésion et de la solidarité est généralement bien identifiée, mais les tensions entre AD sont omniprésentes, à des degrés divers. La séparation entre celles qui font bien le travail et celles qui ne le font pas, ou mal, est souvent présente, de même que la peur du jugement de ses collègues. Les EDD n'ont cependant jamais été le lieu de confrontation de points de vue diamétralement opposés. Les tensions et l'agacement liés à « celles qui ne font pas bien le travail », concernent toujours des « autres » qui ne sont pas présentes aux EDD.

Nous avons par ailleurs noté ce qui nous apparaît comme un paradoxe. La majeure partie du plaisir, de la fierté, du sens et de l'épanouissement que les AD tirent de leur travail, provient de l'accompagnement et du relationnel. À cela s'oppose le ménage, perçu au mieux comme la porte d'entrée au travail relationnel ou le minimum nécessaire pour vivre dans des conditions décentes, au pire comme pénible, rébarbatif voire dégradant. Or lorsque les AD expriment de la colère ou montrent des signes de tensions et de désapprobation quant à « celles qui ne font pas bien le travail », elles font référence dans l'immense majorité des cas

aux tâches ménagères. Comme si ce qui cristallisait les désaccords non débattus, les tensions non exprimées, les frustrations quant aux différentes visions du travail bien fait, était en premier lieu le ménage. Le ménage qui est pourtant considéré comme secondaire dans le métier et qu'elles ne veulent surtout pas pour aspect définitoire de leur profession.

Quoi qu'il en soit, le déficit de posture commune est clairement identifié comme un élément fragilisant les professionnelles car individualisant encore davantage leur rapport à un travail déjà isolé.

7.2.3.9. L'insuffisance prescriptive et les limites d'intervention

L'insuffisance prescriptive décrite dans la littérature est très présente dans les échanges en EDD, et se matérialise de trois façons.

D'une part, les conflits de prescription sont coûteux à gérer pour les AD. Il s'agit notamment de divergences entre les attentes, demandes, exigences des PA, celles de leur entourage, et la prescription du plan d'aide censé définir le cadre de l'intervention. Selon les situations, ces trois sources de prescription sont plus ou moins congruentes. Les professionnelles décrivent surtout qu'elles se retrouvent prises en étau entre les PA et leur entourage.

Ensuite, revient souvent l'inadéquation entre la prescription issue des plans d'aide et la réalité des besoins des PA et/ou du travail à effectuer. Une manifestation très fréquente et également très problématique est l'inadéquation entre le temps attribué à une situation et le temps nécessaire à la réalisation de toutes les tâches. Les AD sont alors mises en difficulté pour réaliser leur travail.

Troisième point et non des moindres, les limites d'intervention. Les questions de limites d'intervention se posent soit dans les situations où les PA formulent des demandes supplémentaires aux AD, soit lorsque les AD constatent un besoin non prévu. Ces situations prennent une multiplicité de formes, comme dans l'exemple fictif suivant :

En tant qu'AD, je n'ai pas le droit de refaire les pansements, mais je suis amenée faire de l'aide à la toilette. Lorsqu'un bandage doit être changé, c'est le travail du SSIAD. Je suis actuellement chez Monsieur Y pour une aide à la toilette, durant laquelle je constate que le pansement sur sa jambe est souillé. Je sais aussi que l'infirmière ne passe que dans deux jours.

Dans ces situations, les professionnelles sont susceptibles de se poser diverses questions parmi lesquelles :

- Certaines renvoient aux limites prescriptives organisationnelles / légales, aux limites normatives en vigueur s'il en est, ou à leurs limites personnelles :
 - Suis-je censée le faire ? Ai-je le droit de le faire ? Suis-je en capacité de le faire ? Me sens-je à l'aise pour le faire ?
 - L'association nous a-t-elle explicitement dit qu'il ne fallait pas le faire ? Est-ce que les collègues le font ? Les collègues vont-elles être en difficulté pour le faire si je le fais ? Que vont-elles penser si je ne le fais pas ?
- Certaines renvoient à l'importance perçue de la tâche en question :
 - La personne tient-elle vraiment à ce que je le fasse ? À quel point le besoin est-il fort ?
 - D'autres acteurs sont-ils susceptibles de le faire ?

Or un élément de réponse, nous semble-t-il très répandu, oblitère tous ces questionnements et conduit les professionnelles à effectuer de nombreuses tâches qui les mettent en difficulté ou en danger : Si je ne le fais pas, personne ne le fera.

Ou comme le dit une AD lors d'un EDD : "*Si je suis professionnelle et si je suis une bonne personne, je dois le faire.*"

Cette réponse est d'une puissance considérable, en ce qu'elle amène les professionnelles à aller très loin dans le fait d'endurer, de supporter, de « prendre sur soi », au nom d'une forme d'éthique personnelle et de « conscience professionnelle » mêlées.

Il ressort néanmoins des EDD que les questions suivantes se posent : Jusqu'où va-t-on ? Jusqu'où accepte-t-on ?

Leur corollaire étant : Que refuse-t-on ?

Cette dernière interrogation est presque antithétique à une part de l'identité historique de l'aide à domicile (particulièrement de l'ADMR fondée sur la charité et le don de soi), ainsi qu'à un certain nombre de normes en vigueur dans les organisations (cf point 1.2.4).

Ainsi cet enjeu des limites d'intervention soulève des questions fondamentales, se trouve au cœur des interactions entre déterminants de la santé au travail des AD et souligne à nouveau le déficit de régulation collective.

7.2.3.10. Un réseau de déterminants

De ce que nous comprenons de la réalité quotidienne des aides à domicile, les déterminants décrits ci-avant entretiennent des relations étroites les uns avec les autres. L'impact de chaque déterminant sur la santé des professionnelles est soit partiellement expliqué, soit accentué ou modéré par un ou plusieurs autres, directement ou indirectement.

La figure 7.3 résume sommairement ce réseau de relations.

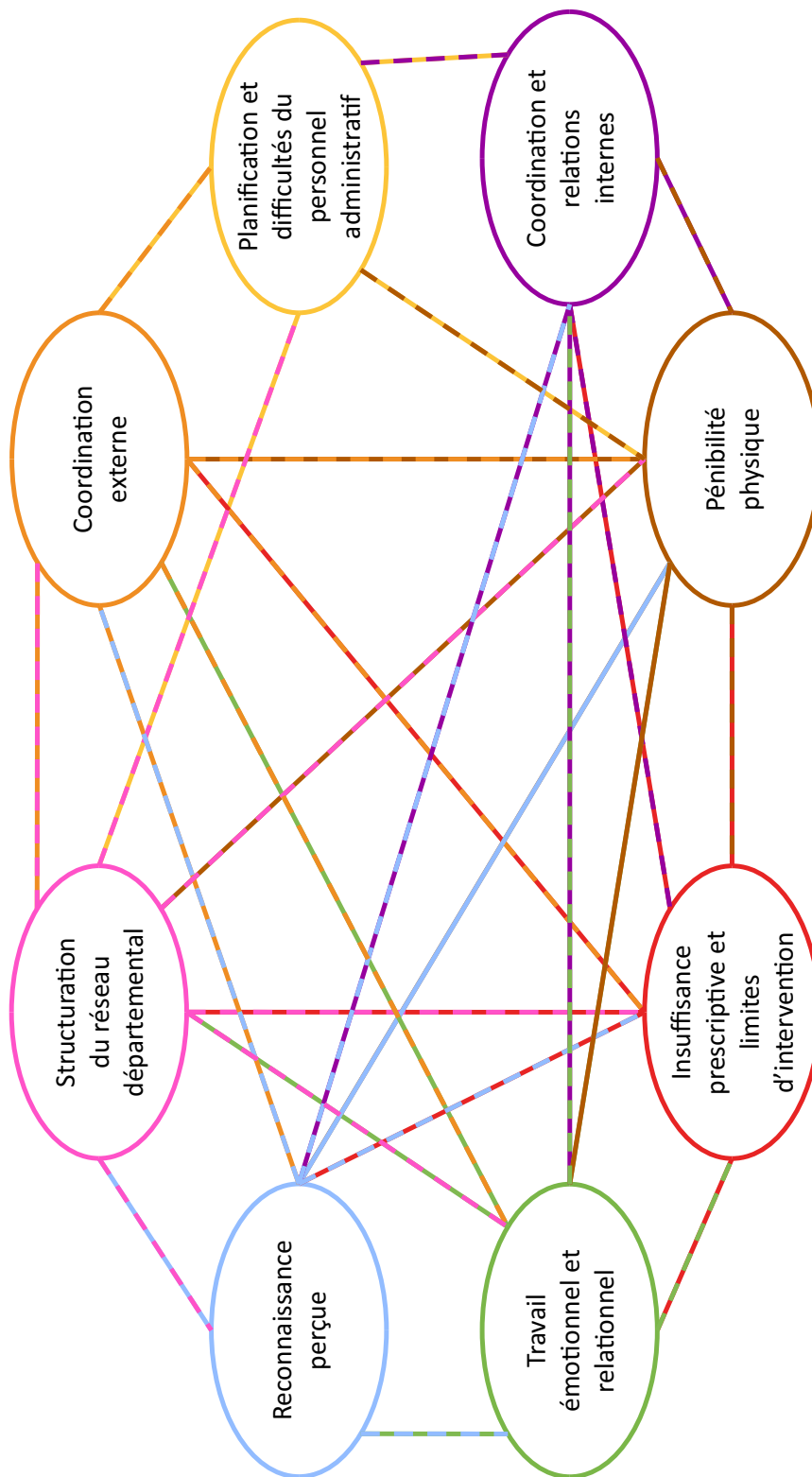


Figure 7.3 : Représentation du réseau de déterminants identifiés dans les EDD

D'aucuns argueraient que tout est potentiellement lié d'une manière ou d'une autre, qu'il suffit de chercher suffisamment pour trouver des liens plus ou moins lointains entre les déterminants. Certes. Quelle pertinence alors de souligner ces relations ? L'intérêt réside pour nous dans le gain de compréhension des dynamiques en jeu et se faisant, dans l'exposition de la complexité de toute entreprise visant à protéger efficacement et durablement la santé des aides à domicile. Notre objectif est ainsi d'insister sur le fait que certains liens entre déterminants sont particulièrement importants à considérer, comme dans les quelques exemples suivants :

- Des aspects du travail perçus comme agaçants ou pénibles par les salariées (planification, tâches ménagères), peuvent devenir tout à fait insupportables lorsque s'y ajoute une impression d'iniquité, favorisée par le déficit de communication, d'interconnaissance et de confiance en interne.
- L'un des éléments les plus pénibles pour les AD au niveau de la planification semble être les fréquents changements de plannings. L'analyse de ces derniers a montré qu'une part non négligeable de leur nature anxiogène provient du déficit d'information sur les situations dans lesquelles il faut intervenir à la dernière minute. Cela renvoie directement aux difficultés de transmission d'information et au manque d'opportunités d'échanger.
- La pénibilité physique propre à l'activité est accentuée par le déficit de self-care associé au travail relationnel, impliquant parfois des prises de risques supplémentaires par les professionnelles si elles estiment que les PA en ont besoin. Prises de risque par ailleurs favorisées par le flou sur les limites d'intervention, lui-même expliqué en partie par le déficit de régulation collective et la structuration du réseau départemental.

Le premier exemple montre en quoi les déterminants peuvent entretenir des relations catalytiques, les uns accentuant l'impact des autres, à la façon de relations de modération statistique.

Le second exemple illustre la façon dont certains déterminants expliquent partiellement l'impact que d'autres ont sur la santé des professionnelles, à l'image d'une relation de médiation statistique.

Le troisième exemple combine les deux types de relations montrant ainsi une fraction de l'enchevêtrement de tous ces déterminants.

Ainsi les déterminants de la santé au travail des aides à domicile, identifiés à travers les échanges en EDD et très liés aux données présentes dans la littérature, forment un réseau, un entrelacs d'interactions qu'il nous semble indispensable de prendre en compte, tant dans une optique d'analyse que d'action.

Point d'étape

Au fil de cette partie, nous avons tâché de contribuer à approfondir la compréhension de la santé au travail des aides à domicile. Pour ce faire, le discours des AD a été recueilli et analysé selon trois médiums :

- Une question ouverte associée au questionnaire sur la santé au travail, portant sur les priorités d'amélioration des conditions de travail
- Une enquête reposant sur un temps d'échange, puis la hiérarchisation d'aspects du travail perçus comme pesants
- La synthèse des apports des EDD

Que retenir de ces diverses explorations ? Nous proposons de noter les éléments suivants.

La question ouverte nous offre probablement une fenêtre sur ce qui est le plus accessible aux AD en termes de priorités d'amélioration. Il s'agit de répondre à une unique question, de formulation simple, en peu de temps et sans approfondissement par la discussion. La planification en ressort massivement comme un point critique du vécu au travail des AD. Suivent les relations et la communication en interne, la rémunération, la reconnaissance, divers aspects de la gestion des associations, puis les questions matérielles.

L'enquête complémentaire est à la fois moins libre puisque les thèmes sont proposés, et plus approfondie puisqu'elle comprend un temps d'échange entre pairs. En tête des aspects les plus pesants du travail, elle place le défaut de communication et de lien en interne. Puis la planification se manifeste de nouveau. Vient ensuite le « trop de ménage », qui signe à la fois une pénibilité physique, une insatisfaction par rapport à la planification, et une inadéquation avec l'identité et les aspirations professionnelles, sur fond de défaut de reconnaissance. Le manque de reconnaissance justement, apparaît en quatrième position

des aspects les plus cités en tête de ce qui est pesant dans le travail. Enfin, le travail émotionnel et relationnel se fait discret, mais ressort néanmoins.

Les discussions et les problématiques analysées dans les EDD soulignent l'intrication et l'interaction de neuf thèmes, neuf éléments participant très vraisemblablement à déterminer la santé au travail des aides à domicile à travers leur impact propre et les relations qu'ils entretiennent entre eux, neuf éléments formant un réseau de déterminants : le fonctionnement du réseau départemental et des associations, la coordination externe, la planification et les difficultés du personnel administratif, l'interaction entre vie privée et vie professionnelle, le travail relationnel et émotionnel, la pénibilité physique, la reconnaissance, la coordination et les relations internes, l'insuffisance prescriptive et les limites d'intervention.

Partie IV – Discussion

Lectrice, lecteur, voici venu le moment d’esquisser quelques pas de recul et d’amorcer un retour critique sur le propos développé au fil des pages précédentes.

La présente recherche-intervention avait pour double objectif d’expérimenter la mise en place d’un dispositif de discussion sur le travail, dans le secteur de l’aide à domicile, et de contribuer à la compréhension de la santé au travail des AD.

La première partie de ce document pose le cadre théorique de la recherche-intervention. D’abord, elle présente le secteur de l’aide à domicile et les éléments affectant la santé au travail des AD (Chapitre 1). Ensuite, elle comprend une proposition de synthèse des connaissances opérationnelles sur les dispositifs de discussion sur le travail et leurs effets pour les individus et organisations (Chapitre 2). Ces deux chapitres mènent à la formulation des hypothèses suivantes (Chapitre 3) :

H1 : La mise en place d’un dispositif de discussion sur le travail permet, en accroissant les ressources professionnelles et diminuant les exigences professionnelles, de protéger et développer la santé au travail des AD, conduisant à une amélioration des résultats organisationnels.

H2 : Les exigences et ressources participent à déterminer la santé au travail, qui à son tour participe à prédire les résultats organisationnels.

En partie II, nous présentons l’organisation accueillant la recherche-intervention (Chapitre 4) et décrivons le dispositif de discussion expérimenté (Chapitre 5).

La partie III vise l’évaluation du dispositif de discussion et l’exploration de la santé au travail des aides à domicile. Des analyses quantitatives (Chapitre 6) et qualitatives (Chapitre 7) ont été mises en œuvre afin de tester les hypothèses structurant la recherche-intervention :

H1 et l’évaluation du dispositif de discussion

Le Chapitre 6 montre que le seul impact du dispositif de discussion, mesuré par la comparaison des réponses au questionnaire dans le groupe contrôle et le groupe test,

consiste en une légère diminution de la reconnaissance perçue par les aides à domicile (globale et provenant des bénévoles).

Le Chapitre 7 montre que le dispositif de discussion, selon les AD ayant participé aux EDD, favorise les ressources professionnelles (collectif de travail, reconnaissance...) et limite les exigences professionnelles (contraintes horaires, déficit de transmission d'information...). En revanche, s'il semble majoritairement lié à une protection et à un développement de la santé au travail (diminution de ressentis pesants, processus réflexifs), il est aussi associé de façon très marginale à certains effets a priori indésirables (découragement, perception accrue de pénibilité). Le dispositif n'est pas associé à une amélioration des résultats organisationnels, bien qu'il favorise la mise en place de solutions organisationnelles bénéfiques aux associations. D'autre part, les AD participantes soulignent le manque de passage à l'action et le déficit de communication sur l'avancement de ces dernières, deux points bien identifiés par les autres acteurs également.

En conclusion, pour les salariées participant directement aux EDD, le dispositif de discussion permet effectivement d'accroître certaines ressources professionnelles et de réduire certaines exigences. Il a toutefois des effets mitigés sur leur santé au travail et ne permet pas d'améliorer les résultats organisationnels. Pour les salariées ne participant pas aux EDD, le dispositif conduit à une diminution de la reconnaissance perçue globalement par les AD et plus particulièrement de la reconnaissance qu'elles perçoivent provenant des bénévoles.

H2 et l'exploration de la santé au travail des aides à domicile

Le Chapitre 6 montre que les liens attendus entre antécédents de santé au travail (demandes psychologiques, latitude décisionnelle, collaboration, proactivité, qualité perçue, reconnaissance perçue) et indicateurs de santé au travail (bien-être psychologique, épuisement professionnel) ne sont majoritairement pas retrouvés dans l'échantillon. Seule la reconnaissance perçue venant de l'encadrement est positivement liée à l'adéquation interpersonnelle (dimension du bien-être psychologique) de façon stable dans le temps. Dans une moindre mesure, la reconnaissance provenant des bénévoles et des collègues, ainsi que la communication d'équipe, participent également à favoriser l'adéquation interpersonnelle.

Le Chapitre 7 montre l'importance d'un certain nombre d'éléments qui reviennent sous diverses formes dans le discours des AD, qui interagissent entre eux et impactent très vraisemblablement leur santé au travail, formant ce que nous qualifions de réseau de déterminants : le fonctionnement du réseau départemental et des associations, la coordination externe, la planification et les difficultés du personnel administratif, l'interaction entre vie privée et vie professionnelle, le travail relationnel et émotionnel, la pénibilité physique, la reconnaissance, la coordination et les relations internes, l'insuffisance prescriptive et les limites d'intervention.

En conclusion, les analyses qualitatives et quantitatives conduisent à retenir deux éléments qui relient et traversent l'ensemble des données recueillies, deux éléments impactant la santé au travail des aides à domicile : la reconnaissance perçue d'un côté, la communication et les relations internes de l'autre.

Ceci étant posé, nous proposons dans les pages qui suivent, de revenir sur le travail effectué afin d'en soulever les principales limites, de discuter ses résultats et de mettre en exergue certaines perspectives qui s'en dégagent, pour l'intervention organisationnelle ainsi que pour la recherche scientifique.

Chapitre 8. Limites et perspectives des dispositifs de discussion dans l'aide à domicile

Dans ce chapitre, le dispositif mis en place sera d'abord passé en revue sous un angle associant (assez librement) les lignes de forces opérationnelles que nous avons proposées (cf point 2.1) et les critères de Domette (2019), quelque peu revisités, qui ont structuré une partie de notre propos (cf point 5.2).

Dans un second temps, nous développerons un questionnaire sur les potentielles limites des EDD, notamment dans le secteur de l'AD, mais également sur leurs opportunités d'évolution.

8.1. Retour critique sur le dispositif expérimenté

8.1.1. Quelqu'un a dit « sur mesure » ?

La littérature fait ressortir la nécessité de concevoir les dispositifs de discussion en s'adaptant spécifiquement aux organisations cibles et à leurs problématiques. Deux processus participent à cela, le diagnostic et la co-construction. Ces deux processus ont été déficitaires lors de notre recherche-intervention.

8.1.1.1. Un manque de diagnostic

Nous n'avons pas réalisé de diagnostic propre à chacune des huit associations participatives : notre expérience préalable du secteur, à travers l'enquête de 2015 et le stage de Master 2, a constitué l'essentiel de ce qui a formé un « diagnostic » global. Nous avons alors connaissance des fonctionnements et principales difficultés des associations du réseau départemental, sans toutefois bénéficier d'une vision précise de l'organisation au sein de chacune. Par la suite, nous n'avons pas pu réellement nous immerger dans le quotidien des huit associations tests, ni sentir par nous-même les évolutions ou les blocages. C'est principalement la collaboration avec les encadrantes qui nous a permis de développer une représentation de la façon dont les organisations ont plus ou moins assimilé le dispositif. Difficile de se prononcer sur la valeur ajoutée qu'aurait eu un diagnostic spécifique à chaque association, mais il est aisé d'imaginer que certains facteurs d'instabilité aurait pu être repérés ou atténués (le manque de portage politique par exemple).

8.1.1.2. Une co-construction lacunaire

Le processus de co-construction a commencé très tardivement et de manière incomplète. En effet, les caractéristiques du dispositif (temporalité, acteurs, outillage initial...) ont été conçues par l'intervenant extérieur, en collaboration avec la directrice adjointe, sans consultation des acteurs en associations. En outre, si les encadrantes ont été impliquées relativement tôt dans une dynamique de suivi et d'amélioration du dispositif, cela n'a pas été le cas pour les AD, les ATP et les bénévoles. Là encore, s'il n'est pas possible de définir précisément les bénéfices qu'aurait eu la mise en place d'une co-construction dès le début

de l'intervention, il est probable que certaines difficultés auraient pu être amoindries (notamment concernant la méthode d'analyse).

Par ailleurs, outre le déficit de co-construction, la participation au projet n'a pas complètement été volontaire pour l'ensemble des acteurs : il a été demandé aux président(e)s de se positionner, mais tou(te)s n'ont pas consulté leurs personnels administratifs avant de donner leur réponse, et les AD n'ont semble-t-il pas été incluses dans la décision de participer ou non.

8.1.2. Quelle intégration par les organisations ?

8.1.2.1. Transformation

Les associations ont-elles été transformées au cours de la mise en place du dispositif ? Peut-être en partie, indirectement. C'est le cas selon certaines encadrantes qui disent que leurs pratiques ont évolué en faveur de plus de participatif et/ou d'une plus grande qualité d'écoute. C'est également le cas selon certaines AD, qui ont l'impression d'être davantage mises à contribution et actrices dans le fonctionnement de leur association, mais également d'être plus écoutées. Cependant, jusqu'à la formulation des propositions au réseau (cf point 5.3.2), le dispositif n'a pas réellement opéré de transformations explicites et guidées des organisations.

8.1.2.2. Subsidiarité

La subsidiarité, facteur essentiel aux dispositifs de discussion, est plus ou moins fonctionnelle selon les associations. Une logique subsidiaire était censément assurée par la présence de bénévoles décisionnaires lors des EDD. Cependant, cela s'est avéré plus complexe, la présence bénévole n'étant pas systématique et parfois insuffisante à garantir un portage politique en CA local. Certains EDD ont ainsi pâti d'un manque de clarté dans la définition des processus décisionnels, les acteurs en présence ne sachant pas toujours précisément comment répartir les tâches impliquées par les plans d'action. À l'inverse, d'autres associations ont bénéficié d'une subsidiarité bien établie, soit du fait d'une présence bénévole constante, soit par une collaboration efficiente entre encadrantes et décisionnaires

bénévoles. À l'échelle du réseau, la subsidiarité n'a commencé à être envisagée qu'en cours de projet, elle repose sur les propositions validées en AG (cf point 5.3.2).

8.1.2.3. Inscription

Le dispositif a été inégalement assimilé par les associations. L'impact de la crise sanitaire sur le secteur complique par ailleurs l'estimation du degré d'intégration et de la vraisemblance d'une inscription de la discussion dans le long terme. Outre l'interruption due à ladite crise, il est clair que la temporalité prévue (EDD mensuel), bien qu'étant a priori le meilleur compromis entre régularité des rencontres et fonctionnement des services, a été difficilement maintenue. Les contraintes pesant sur les personnels administratifs (surcharge, manque de temps...) et sur les associations en général (manque de personnel, nombreux arrêts...) rendent la pérennisation ardue : EDD reportés, déficit de communication interne sur le dispositif, passage à l'action laborieux. Somme toute, l'inscription de la discussion dans le fonctionnement « normal » des associations, donc dans le long terme, semble davantage liée à un portage par l'encadrement (et ponctuellement d'autres acteurs, ATP, AD, bénévoles) que garantie par une réelle assimilation au sein des organisations.

8.1.3. Quels acteurs ?

8.1.3.1. Constitution des EDD

La composition des EDD expérimentés (AD, ATP, bénévole, encadrante) a fait l'unanimité parmi les AD et les personnels administratifs. Néanmoins, le nombre fortement limité d'AD présentes simultanément à chaque EDD a plusieurs implications. D'une part, très peu de salariées sont impactées directement par le fait de participer à la discussion. Tenant compte de la fréquence assez basse des rencontres, du manque de passage à l'action et du déficit de communication, l'impact du dispositif sur le terrain est très faible. D'autre part, le très petit nombre de salariées présentes est vraisemblablement un frein à l'élaboration ou à l'entérinement de règles de métier. Les EDD ont été le lieu d'échange de pratiques et de débat, voire potentiellement d'une régulation marginale. Il semble cependant indispensable de s'appuyer sur d'autres espaces complémentaires pour étendre débat et régulation.

8.1.3.2. Animation des EDD

La question de l'animation est assez délicate, comme le montrent les résultats des focus groups (cf point 7.1.2.3). L'animation par l'intervenant extérieur a présenté les avantages très nets de la neutralité et de la légitimité d'une « expertise » perçue, bénéficiant par là même d'une confiance et d'une liberté de parole grandement facilitées. L'animation par l'encadrement de proximité a soulevé des points d'achoppement, principalement en termes d'autocensure, mais elle a également été largement appréciée en ce qu'elle permet de renforcer les liens. Il aurait été intéressant d'analyser plus précisément les freins, pour les AD, à l'animation par l'encadrement, et de trouver des facteurs facilitants.

La littérature sur les EDD comprend des positionnements variés concernant les acteurs les plus à même d'assurer l'animation. Hormis le potentiel tiers extérieur responsable de la mise en place de la discussion, il semble y avoir un consensus autour de la nécessité d'un animateur connaissant l'activité. D'après ce que nous avons pu observer et comprendre, cela ne nous semble pas essentiel. Au contraire, la « naïveté » des questions et du regard que nous avons pu apporter sur l'activité, en tant que tiers extérieur « ignorant » les réalités du terrain, ont été particulièrement appréciés par les AD et les encadrantes. Le « regard naïf », parce qu'il permet de dépasser sans effort les limites auto-imposées par la force de l'habitude ou du découragement, recèle une puissance non négligeable. L'ensemble des encadrantes participatives, et plusieurs AD, ont ainsi noté qu'il s'agit d'un avantage conséquent, dont elles ne disposent que difficilement sans tiers extérieur. Tenant compte de cela, la perspective de l'animation d'un EDD local par un acteur autre que l'encadrante de l'association, qu'il s'agisse d'un personnel fédéral ou de l'encadrante d'une autre association, nous apparaît comme une alternative pertinente.

Par ailleurs, il nous semble tout à fait judicieux d'envisager la mise en place de « référentes-métier », à l'image de certains travaux (Zittoun & Clot, 2020). Par exemple, des AD désignées par le collectif pour un temps donné, pourraient : porter la parole du collectif, nourrissant ainsi les EDD ; épauler l'encadrante dans l'analyse des situations ; participer au suivi des actions et à la communication interne. Cela impliquerait cependant de dégager du temps sur le planning de ces référentes, or le temps est une denrée rare dans ce secteur, à plus forte raison lorsqu'il est employé à autre chose qu'à intervenir chez les PA.

8.1.4. De la méthode d'analyse

8.1.4.1. Viser le travail réel... uniquement ?

La littérature sur les dispositifs de discussion sur le travail présente un front assez uni quant à l'incontournable objet du débat : le travail réel. Pour répondre à l'objectif de réflexivité et de régulation collective, il apparaît comme particulièrement important d'éviter de s'écarter du travail réel et de dévier vers des questions « stratégiques ou d'environnement » (Pihel et al., 2009, p. 9). Les auteurs recommandent donc de se centrer sur des éléments concrets, des situations réelles de travail.

Partant de ce principe, la méthode d'analyse utilisée initialement était discutable pour au moins deux raisons :

- Ses prémisses supposent le libre choix de n'importe quel thème ou situation problématique, y compris a priori éloigné d'une situation concrète de travail (e.g. : « manque de communication » ou « manque de reconnaissance »).
- Sa structure implique une exploration exhaustive des causes et conséquences de la problématique choisie, menant fréquemment à s'éloigner en apparence des aspects les plus concrets du travail (e.g. : plan d'aide inadapté aux besoins d'une PA ; représentations erronées que les PA ont du métier d'AD).

Considérant que la méthode menait à des analyses très fournies, voire tentaculaires, ralentissant le passage à l'action, il a été décidé de préciser davantage les situations choisies (cf point 5.2.4). Cette décision va dans le sens des préconisations de la littérature.

Cependant, l'analyse exhaustive des réalités organisationnelles, sectorielles et sociétales qui déterminent l'activité d'aide à domicile, nous semble tout à fait pertinente, non seulement dans un objectif de recherche, mais également dans l'optique d'accompagner les acteurs locaux dans une compréhension approfondie du travail pour mieux le transformer.

Nous notons par ailleurs que la méthode initiale présentait l'avantage, souligné par les acteurs locaux, d'offrir une vision complète des thématiques abordées. Les AD y font notamment référence dans l'ensemble des focus groups (cf point 7.1.2.3) ainsi que de manière plus informelle lors d'échanges que nous avons eu avec elles. Les encadrantes

également ont noté l'intérêt de cette exhaustivité. La décision de focaliser davantage le choix de la problématique n'a été prise que par nécessité de réduire le nombre d'actions à entreprendre et le temps de traitement d'un thème.

Alors, si le choix de thématiques vastes et l'exploration systématique des déterminants du travail (y compris jusqu'au niveau sociétal) sont considérées comme un éloignement vis-à-vis du travail réel, nous nous interrogeons quant à la nécessité de centrer les débats exclusivement sur ce dernier. Ou du moins tendrions-nous à penser l'étude de ces précurseurs du travail réel comme faisant partie intégrante de l'objet « travail réel » lui-même.

Néanmoins, l'expérimentation montrant que l'analyse exhaustive d'un thème large est susceptible de prendre trop de temps, une piste intéressante serait de trouver un compromis entre compréhension approfondie et efficacité opérationnelle : limiter le nombre de causes à identifier ; déterminer plus tôt les éléments sur lesquels l'organisation ou les acteurs ont des moyens d'action ; créer une « banque » de problématiques et les classer par degré de complexité ; modifier la méthode pour qu'un thème complexe soit rapidement traduit en plusieurs situations concrètes et prises en charge par plusieurs EDD plutôt qu'un seul ; dissocier des espaces d'analyse préliminaire, visant à explorer largement les tenants et aboutissants de la thématique choisie, d'espaces centrés sur la régulation du travail ; etc.

Cette dernière possibilité se rapproche de ce qui a pu arriver dans certaines associations, dont les EDD ont mené à organiser des temps d'échange en réunions plénières, sur des situations de travail très spécifiques. Les EDD, en petits comités, ont alors joué le rôle de préparateurs d'un débat sur le travail ultérieur, rassemblant un plus grand nombre de salariées.

8.1.4.2. Un outillage inconmode ?

Outre les questionnements afférents à ses objets d'étude, la méthode d'analyse s'est avérée ardue à manier. Les acteurs ont pu notamment être mis en difficulté par l'application des notions de cause et de conséquence. D'autre part, il leur a parfois été malaisé de remplir les comptes rendus assez clairement pour se souvenir du sens de leurs écrits d'une réunion à l'autre. Ainsi, à la fois la logique sous-tendant la méthode, et sa formalisation, ont demandé

aux encadrantes un travail d'appropriation si conséquent qu'il a fallu un certain temps avant qu'elles ne puissent animer et participer simultanément.

Il s'agit pour nous de la principale conséquence du déficit de co-construction évoqué dans les paragraphes précédents. Au fil du projet, les réunions « encadrantes participatives » ont certes permis au dispositif d'évoluer. Cependant, nous avons mis un temps conséquent à adapter la méthode d'analyse, de ce fait, nous manquons de recul sur son efficacité après modification. Aussi, l'une des préconisations adressées au réseau départemental est d'encourager les modifications locales de l'outillage, en fonction des besoins et des ressources disponibles. À l'image de l'une des encadrantes qui durant l'expérimentation, s'est réappropriée la méthode pour faciliter son travail sur le thème du manque de reconnaissance, parvenant à un outil assez différent sur la forme.

8.2. Des EDD dans l'aide à domicile : insuffisances et potentiel

8.2.1. Une totale émancipation ?

D'après ce que nous comprenons de la littérature, les dispositifs de discussion présentent, dans la majeure partie des cas, un caractère fondamental d'émancipation vis-à-vis du tiers extérieur « expert » du travail qui aura participé à les mettre en place dans une organisation donnée. Bien que la régulation collective du travail ne doive pas dépendre, une fois instaurée, de la présence d'un tiers « expert » du travail, il nous semble toutefois qu'elle pourrait, dans certains cas, continuer à en bénéficier grandement. Nous illustrerons notre propos, à travers deux thématiques : les apports des sciences du travail et la gestion des situations « de crise ».

8.2.1.1. Des apports des sciences du travail

Nous questionnons ici la pertinence de viser systématiquement une autonomie totale des acteurs, quel que soit la teneur des échanges. Prenons pour exemple la notion de dissonance émotionnelle, soit l'état de tension provoqué par un écart entre les émotions ressenties et celles à afficher selon les normes en vigueur. Il s'agit d'une thématique très

présente dans l'aide à domicile, susceptible de faire régulièrement son apparition durant les EDD. Des auteurs montrent que la réflexivité d'équipe limite la survenue de l'épuisement professionnel en lien avec la dissonance émotionnelle (Andela & Truchot, 2016).

"Parfait !" notons-nous avec satisfaction, c'est précisément l'un des objectifs des EDD. Certes, néanmoins ces auteurs montrent également, dans la continuité de travaux plus anciens (Hochschild, 1979), qu'il existe différentes stratégies de régulation de la dissonance, positivement ou négativement corrélées à l'épuisement professionnel. Si les EDD doivent permettre la réflexivité et ainsi protéger en partie les acteurs des retombées délétères de la dissonance émotionnelle, ils ne garantissent pas pour autant l'adoption de stratégies salutogènes de régulation.

Il ne s'agit là que d'un exemple, un concept tiré d'une discipline, il convient d'imaginer la multitude d'autres éléments et concepts auxquels la logique sous-jacente pourrait s'appliquer. Cet exemple, cependant, montre selon nous la pertinence du questionnement suivant :

- N'y a-t-il pas des facteurs, des connaissances à prendre en compte, dont l'absence ne saurait être compensée par la discussion sur le travail ?
- Comment préparer les acteurs aux problématiques que le débat, seul, ne peut résoudre ? Est-ce à l'intervenant d'enrichir la formation des animateurs en fonction du contexte observé et des besoins anticipés ? Ces écueils relèvent-ils de la question d'une potentielle articulation des EDD avec d'autres espaces, tels que l'analyse des pratiques ?
- Par extension, lorsque le débat échoue à construire un apaisement collectif, quels chemins alternatifs explorer ?

8.2.1.2. De la gestion des situations de « crise »

Second élément susceptible de questionner la pertinence d'une autonomie totale et systématique des acteurs dans leurs EDD, les situations de « crise ». Nous entendons par là les situations caractérisées par de fortes tensions, qu'il s'agisse d'une forte souffrance des acteurs, ou de tensions de type conflictuelles, entre acteurs d'une organisation.

Durant la présente recherche-intervention, il est arrivé à plusieurs reprises que les EDD soient le lieu d'expression d'une souffrance. Dans ces situations, les EDD pourraient tout

à fait être le lieu d'un partage social des émotions (Rimé et al., 1991), ainsi que de contagion émotionnelle entre pairs (Petitta et al., 2017) mais également entre échelons hiérarchiques (Jonhson, 2008). Ces phénomènes seraient alors susceptibles de conduire à une propagation des émotions « négatives ». Ces enjeux sont pourtant, à notre connaissance, assez peu abordés par la littérature sur les dispositifs de débat sur le travail. Nous pourrions par ailleurs nous interroger sur le rôle potentiel d'une forme de « contagion de prise de conscience » concernant la pénibilité du métier : ce pourrait être une explication à l'un des effets inattendus soulevé dans les focus groups (accroissement de la pénibilité perçue).

D'autre part, les tensions, notamment implicites, sont également de première importance. Identifiées comme un point de blocage potentiel pour les EDD, nous avons également pu constater leur caractère limitant. Nées de l'incompréhension mutuelle, notamment entre AD et personnels administratifs, les tensions non débattues entravent le processus d'analyse d'une problématique, en paralysant la réflexion et en empêchant la liberté de parole. L'outillage des EDD peut certes guider les échanges de façon à se centrer sur le travail et à limiter les conflits interpersonnels. Néanmoins, lorsque les tensions ne sont pas explicitées, il incombera à l'animateur de les percevoir, de les comprendre et d'accompagner leur résolution. Cela ne nous semble pas être l'évidence même, y compris pour un(e) professionnel(le) qui y serait sensibilisé(e).

Ces deux types de situations de « crise », qui peuvent nécessiter ou tout au moins bénéficier d'une présence tierce, nous invitent à envisager et à signaler que les dispositifs de discussion pourraient gagner à ne pas être considérés comme systématiquement gérables et fonctionnels en autonomie totale.

8.2.2. De la portée des EDD

Nous avons vu que le dispositif de discussion expérimenté a produit divers effets positifs (cf point 7.1.2.5). Nous avons également souligné des limites en termes de changements effectifs de l'organisation et du travail. Outre ces dernières, dues à l'association de certaines caractéristiques du dispositif et du contexte, nous souhaiterions questionner sa portée potentielle. À quel point ce dispositif, dans la meilleure version de lui-même, serait-il capable de transformer effectivement la réalité du travail des AD ?

À la manière d'une modeste expérience de pensée, voici notre proposition de réponse :

Il serait tout à fait possible d'agir sur plusieurs des déterminants de santé identifiés (cf point 7.2.3.10). Pour exemple, la coordination interne pourrait être grandement améliorée, l'interconnaissance renforcée, le collectif vivifié. Les difficultés des personnels administratifs, et avec elles les contraintes de planifications, pourraient être partiellement allégées. La reconnaissance perçue pourrait, elle aussi, bénéficier nettement du dispositif. Cependant, il n'en va pas nécessairement de même pour la coordination externe ou le déficit de prescription, certaines contraintes physiques, émotionnelles et relationnelles. En effet, il paraît ardu d'agir sur la coordination externe sans mobiliser les acteurs externes en question. Pareillement, il semble difficile de réguler la prescription et de fixer ses propres limites en étant en « bout de chaîne » du système de solidarité et, pour certaines PA, le dernier rempart avant un dénuement certain. Pour les mêmes raisons, il peut être délicat d'agir sur une partie des exigences physiques, émotionnelles et relationnelles. Enfin, inchangées demeureront les nombreuses contraintes dues au financement.

En définitive, oui, le dispositif peut permettre une fluidification de la régulation de l'activité. Oui, il peut mener à des changements de l'organisation du travail. Oui, il peut contribuer à protéger et développer la santé des AD, et bien sûr il doit être amélioré pour atteindre tout cela efficacement.

Cependant, pour nous, il est nécessaire de viser au-delà de la régulation du travail au sein des organisations employeuses d'aides à domicile. Ce, parce qu'il est nécessaire de redéfinir le métier, pas seulement à travers une régulation de l'activité, aussi efficiente soit-elle, mais bien jusqu'à son insertion dans le système de santé.

Au regard de tout cela, nous considérons le dispositif de discussion expérimenté comme foncièrement insuffisant. Nous le pensons toutefois susceptible, en évoluant vers une échelle trans-organisationnelle, de participer à mettre en place une résistance constructive à un système dysfonctionnel.

8.2.3. Au-delà des organisations ?

8.2.3.1. Vers une discussion trans-organisationnelle

Nous avons exposé la portée limitée du dispositif de discussion, capable d'améliorer le fonctionnement des organisations employeuses d'AD, mais pas de faire profondément évoluer le système, inadapté, dans lequel elles se situent.

Comment pourrait-il, à travers son rôle premier de régulation du travail, se faire l'outil d'un changement transcendant les limites des services d'aide à domicile ? Nous proposons de considérer la piste du collectif trans-organisationnel. Simple extension des concepts de collectif de travail et de collectif transverse, le collectif trans-organisationnel serait composé d'acteurs provenant de différentes organisations et exerçant diverses activités dont les finalités auraient au moins un objet en commun.

Dans le contexte qui nous intéresse, une pluralité d'organisations et d'acteurs partagent la finalité de prendre soin des personnes aidées, permettant leur maintien à domicile. Les aides à domicile (SAAD), les aides-soignants (SSIAD), et les conseillers en gérontologie (CD), pour ne citer qu'eux, concourent à ce même objectif, chacun dans leur rôle. Pour autant, il n'y a pas, à notre connaissance, d'espaces institués leur permettant de discuter et de réguler leurs activités partiellement conjointes. Des dispositifs de coordination territoriale existent et visent à faire le lien entre certaines organisations, mais les AD ne participent généralement à aucun d'entre eux.

Sachant la forte interdépendance qui relie les organisations participant à prendre soin des PA à domicile, il nous semble indispensable d'instaurer des espaces de débat réunissant ces différents professionnels. Se cantonner à une discussion intra-organisationnelle dans ce contexte, reviendrait, à l'échelle d'une organisation, à se focaliser sur un seul collectif métier tout en ignorant totalement le besoin d'un collectif transverse.

Pour conclure sur ce point, il nous semblerait tout à fait pertinent d'envisager également des espaces dans lesquels les bénéficiaires eux-mêmes seraient intégrés. Rahou (2013) le suggère avec son concept d'intermédiation organisationnelle, travaillant sur la notion de qualité à travers la discussion entre usagers et services.

8.2.3.2. Pour une résistance systémique constructive

La discussion sur le travail est création. Création collective de solutions, arrangements, compromis. En cela, elle offre des possibilités de résistance aux vicissitudes du réel du travail. Mais cette résistance est terriblement limitée car elle se plie aux règles qui déterminent son contexte d'apparition. Or le système d'accompagnement de la dépendance, tel qu'il fonctionne aujourd'hui, impose aux acteurs des choix intolérables. Dans une situation délétère pour les AD, faut-il prendre soin de la PA en continuant à intervenir ou prendre soin des AD en n'intervenant plus ? Si le questionnement peut sembler radical, l'équation est parfois posée en ces termes. La discussion sur le travail peut permettre d'apaiser le fardeau de ces dilemmes cornéliens, pas de s'en affranchir.

Nous proposons de briser le quatrième mur, celui derrière lequel sont dictées les règles. Que la discussion se fasse résistance éclairée et systémique, qu'elle devienne une nouvelle forme de création qui se refuse à souffrir les conséquences de ce système en mal de cohérence, de cette machine infernale ne se mouvant qu'au prix de la santé de celles et ceux qui lui permettent de perdurer.

Comment ? En s'appuyant sur la force du collectif. Faire débattre l'ensemble des acteurs, sous différentes modalités, de façon à bâtir un réel collectif trans-organisationnel : des professionnels divers, de multiples organisations, qui régulent ensemble les processus partagés auxquels ils contribuent. Ce collectif pourrait ainsi s'affranchir des règles inadaptées, adapter la « prescription » systémique jusqu'à tendre vers la (re)construction d'une subsidiarité sociétale.

Le dispositif de discussion idéal, dans le cadre de l'aide à domicile, n'est pas pour nous celui qui permet la régulation collective intra-organisationnelle. Atteindre cela représente déjà un objectif considérable que nous n'avons pu qu'effleurer durant la recherche-intervention, mais ce n'est pas suffisant. Le dispositif idéal, au lieu de viser l'adaptation aux contraintes et les transformations marginales, organiserait la résistance aux logiques absurdes qui répondent aux enjeux humains par l'évitement, l'indifférence ou le mépris. Loin d'une résistance aveugle qui s'ignorerait elle-même, cette résistance portée par la discussion aurait conscience de sa raison d'être : reconstruire un système capable de prendre soin de lui-même.

Chapitre 9. Limites et perspectives de l'étude

Ce chapitre a pour objectif de soulever les principales limites de notre étude, de discuter les résultats obtenus aux chapitres 6 et 7, ainsi que de proposer quelques pistes d'ouvertures pour la recherche dans l'aide à domicile.

9.1. Limite générale : un cadrage théorique déficitaire

Pour commencer ce chapitre, nous soulèverons une première limite traversant une partie de notre recherche-intervention : un ancrage théorique d'une précision insatisfaisante. Cette limite se matérialise à la fois dans notre approche du concept de dispositif de discussion sur le travail et dans l'opérationnalisation de nos hypothèses.

9.1.1. Un objet d'étude insuffisamment circonscrit

Nous avons présenté les dispositifs de discussion à travers leurs lignes de forces opérationnelles, mais n'avons à aucun endroit arrêté une définition nette de cet objet d'étude. En outre, si nous nous basons sur un certain nombre de travaux, nous n'expliquons pas ce qui nous a permis de circonscrire notre recherche, tout simplement parce que cette délimitation n'a pas procédé d'une démarche construite. Aussi, nous nous sommes intéressé aux apports de diverses disciplines, au fil du projet, sans nous ancrer clairement dans un courant ou dans un autre. Ce dernier point n'a toutefois pas été fortuit, puisque nous considérons que de très nombreux éléments unissent les dispositifs de discussion vus par les diverses sciences du travail. En tout état de cause, l'association d'une absence de définition synthétique et d'un positionnement « à la croisée des chemins », nous a conduit à mettre en place et à évaluer un dispositif dont l'enracinement théorique est incertain. Cela ne peut manquer d'amoindrir, de manière générale, la portée de notre propos.

9.1.2. Une opérationnalisation insuffisamment rigoureuse

Nous constatons un manque de clarté dans la démarcation des concepts nous servant à évaluer la santé des aides à domicile, notamment dans la distinction entre antécédents et

indicateurs de santé au travail. C'est le cas au niveau de nos mesures quantitatives, par exemple la reconnaissance perçue est évaluée à la fois en tant qu'antécédent de santé à part entière, et en tant qu'indicateur de santé au sein du bien-être psychologique au travail. C'est également le cas au niveau de nos analyses qualitatives, puisqu'il nous est impossible de déterminer avec certitude si certains effets des EDD relevés dans les focus groups concernent les antécédents ou la santé elle-même. Par ailleurs, une partie de nos hypothèses, notamment concernant la partie qualitative, ont été opérationnalisées en cours de projet, donc tardivement. Cela nous pose un problème d'ordre épistémologique, puisque leur opérationnalisation s'avère probablement biaisée par ce que nous savions alors déjà de l'intervention.

9.2. Retour sur les analyses quantitatives

9.2.1. Limites

9.2.1.1. L'enquête par questionnaire

9.2.1.1.1. Données auto-rapportées et conditions de réalisation

Les données recueillies dans notre enquête sont des mesures auto-rapportées, donc vulnérables à un certain nombre de biais dont nous ne pouvons déterminer l'impact.

En outre, les conditions d'administration n'étaient pas tout à fait idéales. Les salariées étaient rassemblées dans une salle et proches les unes des autres, donc amenées à échanger quelques mots pendant le remplissage. C'était néanmoins le meilleur moyen de garantir qu'elles auraient la possibilité de remplir ce questionnaire sur leur temps de travail.

9.2.1.1.2. Composition du questionnaire

Nous avons constaté a posteriori un certain nombre de défauts au questionnaire utilisé. Tout d'abord, la seule mesure des exigences professionnelles réside dans l'évaluation des demandes psychologiques. L'enquête ne comprend donc pas de mesures précises des nombreuses exigences relevées dans la littérature, telles que la pression temporelle ou les contraintes émotionnelles. D'autre part, plusieurs échelles utilisées présentent des limites, en lien avec notre cadre théorique ou concernant le contexte de l'étude.

L'échelle de collaboration vise originellement les équipes projet : ce n'est pas neutre conceptuellement et ce n'est pas forcément pertinent au vu du contexte de l'étude.

Dans l'échelle de bien-être psychologique au travail, plusieurs items font référence aux « gens » (e.g. : « J'apprécie les gens avec qui je travaille »). C'est le cas pour les cinq items de la dimension adéquation interpersonnelle, et deux items de la dimension reconnaissance perçue. Ce vocable a pu poser problème aux AD lors du remplissage : fait-il référence aux PA, aux collègues, aux personnels administratifs ? Des salariées nous ont interpellé sur ce point lors de plusieurs séances de remplissage. À défaut de pouvoir choisir une cible particulière, nous leur avons proposé de répondre par rapport aux personnes auxquelles elles pensent le plus spontanément. Ce manque de précision soulève potentiellement des problèmes de validité et de fidélité.

L'échelle de qualité perçue, n'a pas été validée et montre des qualités psychométriques particulièrement déplorables. Il nous semble donc indispensable de relativiser grandement les résultats obtenus en lien avec ces items.

Concernant la proactivité, l'instrument de mesure a été choisi pour approcher la notion de pouvoir d'agir. Il s'agit donc d'un choix conceptuellement approximatif.

Quant à l'item mesurant l'intention de quitter le poste, nous nous interrogeons sur sa pertinence en tant que mesure d'« intention ». Penser fréquemment à un comportement est-il réellement prédicteur d'une intention comportementale ? La réponse n'étant pas en notre possession, nous préférons relativiser les résultats ayant trait à cet item.

Pour finir, la question ouverte porte sur les « les conditions de travail » des AD, et pas sur leur « santé au travail ». Cette nuance ne nous permet donc pas d'affirmer que les réponses portent sur la perception que les AD ont des priorités pour leur santé. Or c'est bien ce qui nous intéresse dans cette étude.

9.2.1.2. Les données organisationnelles

Nous avons expliqué le déficit de données organisationnelles (cf point 6.1.1). Il convient toutefois de noter que notre évaluation des résultats organisationnels s'en trouve considérablement affaiblie et limitée. En effet, elle ne repose que sur un item dont nous avons discuté la potentielle faillibilité.

9.2.1.3. Les analyses inférentielles

Les résultats obtenus avec les analyses statistiques inférentielles sont à relativiser au regard de plusieurs éléments.

Tout d'abord, la puissance des analyses multiniveaux dépend du nombre de macro-unités (Bressoux, 2010). Il s'agit dans notre cas des associations, en faible nombre puisqu'elles sont 16 (11 à T4). Les analyses effectuées manquent donc de puissance statistique. Nous avons d'ailleurs observé, lors de leur réalisation, leur manque de robustesse : à deux ou trois observations près, les estimations peuvent indiquer l'un ou l'autre modèle comme étant le plus vraisemblable.

Deuxième élément, nous avons réalisé un nombre substantiel d'analyses inférentielles. Or chacune s'accompagne d'une probabilité de parvenir à une conclusion « par

hasard », de choisir un modèle erroné. Nous ne pouvons donc pas exclure la possibilité d'avoir un petit nombre de conclusions inexactes parce qu'obtenues « par hasard ».

Enfin, nous notons également les qualités psychométriques des échelles utilisées, qui dans notre échantillon, ne sont pas aussi satisfaisantes que celles obtenues lors de la validation des différents outils.

9.2.2. Discussion des résultats

9.2.2.1. Analyses descriptives

Les analyses descriptives montrent des résultats globalement contre-intuitifs, au vu des apports de la littérature et connaissant les discours des salariées. Les scores étant majoritairement moyens sur les ressources et exigences, mais élevés pour le bien-être et faibles pour l'épuisement professionnel. Nous nous attendions à des niveaux plus marqués sur les antécédents de santé... et à des résultats opposés pour les indicateurs de santé.

La principale explication que nous pouvons avancer repose sur une forte relativisation des difficultés du travail. Cela serait cohérent avec les normes d'occultation de la pénibilité. Nous avons évoqué ces résultats surprenants avec les professionnelles dans les différentes associations de l'étude. La plupart étaient interloquées et penchaient également pour une tendance à minimiser les difficultés ou les vécus difficiles, en particulier par écrit et sur un temps extrait de l'activité.

Nous proposons une deuxième possibilité, compatible avec la relativisation : Peut-être les professionnelles entretiennent-elles un haut degré de compétence perçue, se protégeant ainsi un certain nombre de contraintes. Minimisent-elles, dans un processus corollaire, les difficultés perçues, de façon à préserver ce même sentiment de compétence ? Ce sont les scores aux items suivants, qui nous invitent à considérer cette double hypothèse :

- Les réponses à l'échelle de qualité perçue suggèrent une perception de moyens insuffisants pour faire correctement le travail, combinée au sentiment de produire un travail de qualité. Nous voyons trois éventualités : soit elles sous-estiment les moyens disponibles, soit elles compensent le manque de moyens pour parvenir à ce résultats, soit elles surestiment la qualité du travail rendu. Au vu de ce que nous comprenons de l'activité des AD, nous privilégierions les deux dernières possibilités. La

compensation du manque de moyen semble cohérente avec le déficit de self-care et la logique quasi-sacrificielle propres à certaines normes. La surestimation de la qualité du travail rendu va dans le sens de notre hypothèse d'un sentiment de compétence « amplifié » ou « protégé ».

- Sur l'échelle de bien-être psychologique, les scores du sentiment de compétence, sont particulièrement élevés.
- Les scores d'épuisement professionnel sont exceptionnellement bas et particulièrement sur la dimension d'épuisement émotionnel. Les trois items de cette dimension font référence au fait d'être en capacité d'opérer une forme de travail émotionnel. Exprimer un épuisement émotionnel reviendrait alors à s'avouer incapable de réaliser la partie la plus valorisée du travail.

9.2.2.2. Analyses inférentielles

Avant toute chose, nous tenons à souligner les coefficients intra-classe pour le niveau association : cet indicateur qui caractérise la proportion de variance expliquée par le regroupement en association, est négligeable pour toutes les analyses réalisées.

Ainsi dans notre échantillon, les réponses des salariées ne sont pas plus semblables au sein d'une association, qu'entre associations. En d'autres mots, les AD sont, statistiquement parlant, indépendantes les unes des autres au sein de chaque structure. Ce, en dépit du fait qu'elles partagent, dans chaque association, les mêmes personnels administratifs, les mêmes bénévoles, les mêmes PA (par secteur).

Cela semble particulièrement révélateur du niveau d'isolement des professionnelles, du déficit de collectif de travail et d'interconnaissance au sein des organisations étudiées. Nous considérons malgré tout que les professionnelles d'une association, dans les faits, ne sont pas réellement indépendantes les unes des autres, c'est pourquoi nous avons choisi de conserver ce niveau de regroupement.

9.2.2.2.1. Impact du dispositif

Un dispositif globalement sans effet ?

Les analyses montrent, exception faite de la reconnaissance perçue, que les variables mesurées évoluent de manière identique dans le groupe contrôle et dans le groupe test.

Comment expliquer l'absence d'impact du dispositif ? Nous proposons plusieurs pistes de réponse.

Premièrement, il est possible que le dispositif n'ait strictement aucun effet. Cela nous semble toutefois peu probable au vu des résultats qualitatifs montrant divers bénéfices pour les participantes. Plus vraisemblablement, le dispositif a des effets pour les participantes mais pas pour les autres salariées. En effet, peu d'AD ont pris part aux EDD, moins de 90 sur les 455 professionnelles du groupe test. Tenant compte du déficit de passage à l'action et de communication sur les changements, il paraît assez logique que le dispositif ne change rien ou presque au quotidien des AD n'y ayant pas participé. Nous avons tenté, en cours de projet, d'explorer cette éventualité. Pour ce faire, nous avons ajouté plusieurs questions à l'enquête, concernant le fait d'avoir participé aux EDD, le niveau d'information sur les EDD, et le degré d'influence des EDD sur le quotidien au travail (cf [annexe 6.1](#)). Malheureusement, la question n'ayant pas été bien formulée, les professionnelles n'ont pas compris à quoi elle se référait. Leurs réponses sont donc inutilisables et ne nous permettent pas de trancher.

D'autre part, hypothèse moins vraisemblable mais néanmoins à considérer, la méthodologie utilisée ne permet peut-être pas de mesurer les effets des EDD. Cela pourrait être le cas si les échelles utilisées sont trop inadaptées à la population étudiée, ou ne visent pas les concepts les plus pertinents à évaluer. D'autre part cela pourrait éventuellement être corroboré par les scores étonnants obtenus sur les différentes échelles : Si les exigences et les ressources sont lissées, si les soucis de santé psychologique au travail sont estompés, alors il est probable que les effets potentiels du dispositif soient « gommés ». Il est par exemple peu vraisemblable qu'un score très bas d'épuisement professionnel diminue davantage.

Un dispositif défavorable à la reconnaissance perçue ?

Le dispositif est associé à une évolution légèrement plus défavorable de la reconnaissance perçue.

Notre principale explication réside dans une forme de déception des attentes. En effet, la perception que rien de change, malgré la mise en place d'une intervention, pourrait conduire à un sentiment de ne pas être reconnue par l'organisation. Cette possibilité peut expliquer la diminution de reconnaissance perçue provenant des bénévoles : évolution de

-23 points dans le groupe test par rapport au groupe contrôle, pour chaque « passage » de temps. Néanmoins, elle ne rend pas bien compte des tendances à la baisse de la reconnaissance provenant des collègues (-.12) et des PA (-.11). Certes, le modèle augmenté n'est pas retenu pour ces deux dernières, mais il l'est pour la reconnaissance globale (-.15), et les coefficients sont d'ampleurs semblables.

Autre hypothèse, le fait lors des EDD, de parler occasionnellement du manque de reconnaissance et de le mettre en avant, pourrait accentuer le sentiment ne pas être reconnue, ou le rendre plus accessible à la cognition (y compris lors du remplissage des questionnaires). Cela étant dit, seuls deux associations ont travaillé spécifiquement sur ce thème. En outre, nous avons pu noter que le dispositif ne semble avoir d'effets que pour les participantes. Cette seconde explication est donc peu convaincante, au contraire de la première : nul besoin de participer pour avoir l'impression que rien ne change.

9.2.2.2. Liens entre concepts

Les analyses explorant les relations entre les indicateurs de santé, les antécédents de santé et les résultats organisationnels n'ont mis en évidence que très peu de liens (cf tableau 6.26). Il est globalement assez étonnant de ne trouver presque aucun liens entre antécédents et indicateurs de santé. Nous n'avons pas d'explication convaincante à proposer, mis à part les limites de notre questionnaire et des analyses effectuées, exposées précédemment. Nous pourrions éventuellement questionner notre adaptation du modèle JD-R, dont le processus de développement de la santé est généralement lié à l'engagement (Lesener et al., 2019) plutôt qu'au bien-être psychologique.

Les seules relations s'approchant d'une stabilité temporelle (présentes sur au moins deux intervalles de temps) unissent la reconnaissance perçue provenant de l'encadrement et l'adéquation interpersonnelle, la reconnaissance perçue provenant des collègues et l'adéquation interpersonnelle, puis la communication d'équipe et l'adéquation interpersonnelle.

Il est intéressant que parmi tous les concepts explorés, ce soit la reconnaissance qui montre le plus de lien avec le bien-être au travail. Le manque de reconnaissance prend effectivement une grande place dans la littérature sur le secteur, ainsi que dans le discours des professionnelles. Toutefois, il est surprenant que la reconnaissance provenant des PA

n'entretienne aucun lien avec le bien-être : le relationnel avec les PA semble pourtant central dans le vécu que les AD ont de leur travail. En outre, c'est la reconnaissance provenant de l'encadrement qui ressort le plus fortement, ce à quoi nous ne nous attendions pas non plus.

Cela suggère des perspectives particulièrement intéressantes au regard des dispositifs de discussion, qui montrent un potentiel pouvoir d'accroissement de la reconnaissance perçue, et qui sont clairement favorables à l'interconnaissance.

9.3. Retour sur les analyses qualitatives

9.3.1 Limites

9.3.1.2. Remarques générales

Un élément limitant traverse l'ensemble de nos analyses qualitatives : nous n'avons pas mis en place d'accord inter-juge. En outre, nos processus de traitement des données qualitatives n'ont pas suivi de méthodologies spécifique. Ainsi, nos analyses qualitatives auraient certainement gagné à être éclairées par certains travaux (e.g. : Miles & Huberman ; 1994).

Second point, les seules traces un tant soit peu objectives que nous ayons des EDD sont les comptes rendus. L'enregistrement, au moins audio, de ces rencontres aurait très vraisemblablement été du plus grand intérêt.

9.3.1.2. Zoom sur les focus groups

Concernant plus particulièrement les focus groups, qui sont au cœur de nos analyses qualitatives, nous pouvons noter quelques limites également.

Premièrement, la méthode est sensible au biais de désirabilité sociale : nous avons interrogé les AD quant à leur perception d'un dispositif dans lequel nous les avons accompagnées nous-même.

Ensuite, nous pourrions questionner l'orientation la question sur les effets primaires de l'intervention (« Qu'est-ce que ça vous a apporté... », cf [annexe 7.1](#)) : le vocable « apporter » pourrait sous-entendre des effets plutôt positifs, orientant les réponses en ce sens.

Troisième point, ces données qualitatives manquent d'un aspect évolutif : nous n'avons qu'un seul temps de mesure, rassemblant indistinctement des professionnelles à différents stades de participation au dispositif (pendant et après intervention).

9.3.2 Discussion des résultats

De manière générale, les effets du dispositif identifiés par les focus groups sont plutôt conformes à ce que nous pouvions en attendre selon la littérature sur les EDD. Nous notons toutefois qu'un certain nombre de ces effets font partie des bénéfices des réunions « classiques », relevés dans la littérature portant sur le secteur de l'aide à domicile : prise de conscience des difficultés partagées, soutien informationnel et émotionnel, interconnaissance. Où se trouve, alors, la spécificité, la valeur ajoutée du dispositif de discussion expérimenté, par rapport aux réunions déjà existantes ? Elle est potentiellement de plusieurs ordres.

Nous la situerions d'une part du côté du rassemblement des différents acteurs au sein d'un même espace-temps. Cet espace-temps semble en outre permettre une qualité d'expression, d'écoute et de réflexion qui n'est pas ou peu disponible autrement. Par là même, le dispositif offre une profondeur d'analyse enrichissante et inhabituelle, comme le soulèvent les participantes. Un autre aspect nous semble notable, il s'agit de l'accentuation de la pénibilité perçue par rapport à certaines contraintes physiques ou liées à la planification (cf point 7.1.2.1.7). Comme nous le proposons plus tôt, cette sensibilité accrue peut être considérée d'au moins deux manières : accroissement indésirable de la pénibilité perçue ou levée de quelque processus d'occultation de la pénibilité. Dans le premier cas, il serait important d'apporter comme point de vigilance aux EDD qu'ils ont ce potentiel délétère. En revanche, pour la seconde possibilité, les perspectives en termes de prévention sont particulièrement séduisantes : les EDD pourraient être un moyen de faire évoluer certaines des normes pathogènes que l'on retrouve parmi les AD, notamment celles liées au déficit de self-care, profondément ancrées dans la profession. Dans ce cas, comment ? Et comment accompagner cette évolution des représentations de sa propre activité ? Quoiqu'il en soit, il conviendrait d'explorer plus avant cet effet aussi marginal qu'intéressant.

9.4. Perspectives et questionnements

9.4.1. Poursuivre la recherche dans l'aide à domicile

En guise de perspective, nous proposons ici quelques notions et outils auxquels nous accorderions davantage d'attention, si nous devions continuer cette recherche-intervention.

Avant tout, nous serions particulièrement vigilant à l'utilisation de questionnaires, et prendrions garde à tester la validité des échelles quand appliquées aux aides à domicile. D'autre part, nous explorerions dans le détail leur compréhension des questions, mais également les dynamiques en jeu dans la production de leurs réponses. En outre, nous tenterions d'obtenir davantage de données comportementales.

Voici les éléments que nous serions tenté d'investiguer :

- Le travail émotionnel, la dissonance émotionnelle, la « bonne distance », les compétences émotionnelles, le capital émotionnel... Il nous semble primordial d'étudier plus avant la question des dynamiques relationnelles et émotionnelles en jeu chez les aides à domicile.
- La justice organisationnelle, particulièrement pertinente dans le contexte des aides à domicile, où incompréhensions et perceptions d'iniquité semblent monnaies courantes.
- La clarté de rôle (ou l'ambiguïté de rôle) et le besoin de clarté, sachant le flou sur les limites d'intervention, nous serions curieux d'explorer la perception qu'ont les AD de la clarté de leurs missions et surtout l'importance qu'elles accordent à cela.
- À choisir une échelle de mesure des facteurs psychosociaux, nous tenterions le questionnaire de Siegrist (1996, 2001), qui comme nous l'avons suggéré plus tôt (cf point 1.2.2.8.2), est susceptible de revêtir un sens particulier pour le secteur.
- Les représentations du travail de qualité, ainsi que les tensions entre professionnelles, en lien avec les normes déjà identifiées par différents auteurs (cf point 1.2.4), de façon à questionner le paradoxe entre le rejet du ménage en tant qu'objet définitoire de la profession et son omniprésence dès qu'il est question de travail « bien fait ».
- Le sentiment de compétence et son rôle potentiellement médiateur de certains vécus au travail.

- La matérialisation des collectifs de travail, dans ce contexte particulier où les échanges entre collègues se font si rares.
- Les représentations du métier, pour les PA, les AD, les bénévoles, les financeurs du secteur, les autres professionnels du médico-social... et les liens qu'elles peuvent entretenir avec d'éventuelles différences comportementales.
- Les rôles et fonctionnements des bénévoles, selon les associations, et les liens potentiels avec le vécu des AD au travail. Notons au passage que notre étude présente un déficit conséquent de prise en compte des bénévoles.
- Enfin, étant donné notre positionnement sur nos hypothèses, il nous semble indispensable d'opérer de nouvelles évaluations des effets de dispositifs de discussion sur la santé des AD.

9.4.2. Qui est l'intervenant(e)-chercheur(e) ?

Nous proposons ici un bref questionnement d'ordre épistémologique.

Les réussites et limites d'une recherche-intervention dépendent d'une multitude de facteurs, les auteurs s'efforcent bien sûr d'en prendre en compte un certain nombre. Il en est un toutefois, qui apparaît trop peu au vu de ses impacts potentiels : Les caractéristiques de la personne (ou équipe) réalisant la recherche-intervention et la nature de ses interactions avec les acteurs de terrain.

En effet le « qui » ne nous semble pas neutre scientifiquement parlant. À savoir, parmi les innombrables différences interindividuelles séparant les intervenants-chercheurs, il est probable que certaines au moins aient un impact notable sur le déroulement et les issues de ce type d'étude. Il en va certainement de même concernant les différences de fonctionnement des équipes de recherche.

À titre d'exemple, il nous semble évident que la présente recherche-intervention a été marquée par notre ignorance initiale de la littérature sur les dispositifs de discussion sur le travail. Ce n'est qu'une illustration, et il ne s'agit pas d'un problème dans l'absolu, cependant cela ne devrait-il pas être pris en compte ?

Aussi, nous interrogeons-nous : À quel point gagnerait-on à étudier l'impact des caractéristiques des intervenants-chercheurs sur les recherches-interventions ? Cela permettrait peut-être d'atteindre un autre niveau de remise en question et de recul critique

sur la pratique des interventions organisationnelles. Ce questionnement n'est probablement pas novateur, il rejoint sûrement ceux des travaux portant sur l'évaluation des interventions. Nous serions toutefois curieux de voir les formes que pourraient prendre des recherches portant sur les recherches-interventions.

9.4.3. Quid des limites d'intervention des intervenant(e)s-chercheur(e)s ?

Nous avons évoqué la problématique des limites d'intervention des aides à domicile. Dans un autre registre, nous souhaiterions questionner les limites d'intervention des intervenants-chercheurs.

Notre interrogation commence ainsi : Dans quelle mesure les interventions organisationnelles, en donnant lieu à des améliorations permettant aux individus de mieux tenir dans le travail, participent-elles parfois à légitimer des systèmes dysfonctionnels ? Pour exemple, admettons que le dispositif que nous avons expérimenté soit amélioré et pérennisé, tout en restant confiné à sa logique intra-organisationnelle première. Admettons également que la portée limitée que nous lui attribuons soit avérée. Alors il permettra certainement de contribuer à développer et à protéger la santé au travail des AD, mais il ne résoudra pas les problèmes systémiques et leurs conséquences délétères. Dans ce cas, peut-on considérer que nous aurons contribué à légitimer le système en place, manifestement dysfonctionnel, en apportant un mieux-être aux professionnelles, prouvant que « c'est possible » de continuer ainsi ?

Nous pensons que oui, d'où la seconde partie de notre questionnement : Où s'arrête le rôle des intervenants-chercheurs, lors des recherches-interventions organisationnelles portant sur la santé des individus et des organisations ? Se cantonne-t-il à tenter de comprendre et d'améliorer les objets de niveau individuel, collectif et organisationnel, où dépasse-t-il le cadre organisationnel ?

Bibliographie

- Abord de Chatillon, E., & Desmarais, C. (2017). Espaces de discussion, management et épuisement professionnel. @GRH, 23(2), 13. <https://www.cairn.info/revue-agrh1-2017-2-page-13.htm>
- Abildgaard, J. S., Saksvik, P. Ø., & Nielsen, K. (2016). How to Measure the Intervention Process? An Assessment of Qualitative and Quantitative Approaches to Data Collection in the Process Evaluation of Organizational Interventions. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01380>
- Aburto Brom, P. (2018). Délit de miettes. *VST - Vie sociale et traitements*, 139(3), 62-65.
- Aide. (s. d.). Dans *Dictionnaire en ligne Le Robert*.
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/aide>
- Aide à domicile - La branche. (2017). *Panorama. La branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile*. Aide à domicile. La branche.
- Alber, A., Cibois, P., & Le Nué, X. (2015). *Sonal* (2.0.5.1) [Computer software].
<https://sonal.hypotheses.org/>
- Albert, V., Vézina, N., Bilodeau, H., & Coutarel, F. (2018). Évaluation des processus : Comprendre comment le contexte des entreprises influence le déroulement des premières étapes d'interventions ergonomiques. *Activites*, 15-2, 1-29.
<https://doi.org/10.4000/activites.3411>
- Albu, A., Massoni, P., Rajaona, R., Rupied, C., Costa, V., Kahal, E., Rateau, MJ., Rémande, L., & Murcia, M. (2015). Retentissement sur la santé des conditions de travail des intervenants d'une entreprise d'aide à domicile. *Références en santé au travail*, 144, 49-62.
- Aldeghi, I., & Loones, A. (2010). *Les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées* (N° 277; Cahier de recherche, Numéro 277, p. 1-82). Centre de recherches pour l'étude et l'observation des conditions de vie.

Alvarez, S. (2010). *Le secteur de l'aide à domicile en France : Entre l'imaginaire domestique et l'invisibilité du travail de « care » professionnel*. 1-11.

<http://www.unil.ch/files/live/sites/ceg/files/shared/TexteStephaneAlvarez.pdf>

ANACT. (2011a, 19 décembre). *Aide à domicile. Une activité difficile à organiser et à encadrer*. ANACT. <https://www.anact.fr/aide-domicile-une-activite-difficile-organiser-et-encadrer>

ANACT. (2011b, 19 décembre). *Un travail à risques. Le cas de l'aide à domicile*. ANACT. <https://www.anact.fr/un-travail-risques-le-cas-de-laide-domicile>

ANACT. (2015). Discuter du travail pour mieux le transformer. *Travail & changement*, 358, 1-16.

Andela, M., & Truchot, D. (2016). Emotional Dissonance and Burnout : The Moderating Role of Team Reflexivity and Re-Evaluation: Emotional Dissonance and Burnout. *Stress and Health*, 33(3), 179-189. <https://doi.org/10.1002/smi.2695>

Arnoud, J., & Falzon, P. (2014). Favoriser l'émergence d'un collectif transverse par la co-analyse constructive des pratiques. *Le travail humain*, 77(2), 127-153. <https://doi.org/10.3917/th.772.0127>

Aubenque, P. (1969). ÉVOLUTION ET CONSTANTES DE LA PENSÉE DIALECTIQUE. *Les Études philosophiques*, 3, 289-301.

Aujaleu, E. (1965). *Les personnes âgées, problèmes d'hébergement et de soins médico-sociaux*. Conseil de l'Europe.

Avril, C. (2003). Les compétences féminines des aides à domicile. In F. Weber, S. Gojard, & A. Gramain, *Charges de famille : Dépendance et parenté dans la France contemporaine* (p. 187-207). La Découverte.

Avril, C. (2006a). Aide à domicile pour personnes âgées : Un emploi-refuge. In E. Flahaut, *L'insertion professionnelle des femmes. Entre contraintes et stratégies d'adaptation* (p. 207-217). Presses Universitaires de Rennes.

Avril, C. (2006b). Le travail des aides à domicile pour personnes âgées : Contraintes et savoir-faire. *Le Mouvement Social*, 216(3), 87-99. <https://doi.org/10.3917/lms.216.0087>

- Avril, C. (2008). Les aides à domicile pour personnes âgées face à la norme de sollicitude. *Retraite et société*, 2(53), 49-65.
- Avril, C. (2009). Une mobilisation collective dans l'aide à domicile à la lumière des pratiques et des relations de travail. *Politix*, 2(86), 97-118.
<https://doi.org/10.3917/pox.086.0097>
- Avril, C. (2012). Ressources et lignes de clivage parmi les aides à domicile. Spécifier une position sociale : quelles opérations de recherche ? *Actes de la recherche en sciences sociales*, 191-192(1), 86-105. <https://doi.org/10.3917/arss.191.0086>
- Bailly, F., Devetter, F.-X., & Horn, F. (2012). Est-il possible d'améliorer les conditions de travail et d'emploi dans le secteur des services à la personne ? Une analyse en termes de mondes de production. *Économies et sociétés*, 34, 1101-1128.
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model : State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.
- Bardot, F. (2012). Regard clinique sur le travail des auxiliaires de vie. *Travailler*, 28(2), 57-73.
<https://doi.org/10.3917/trav.028.0057>
- Barry, A., Heale, R., Pilon, R., & Lavoie, A. M. (2018). The meaning of home for ageing women living alone : An evolutionary concept analysis. *Health & Social Care in the Community*, 26(3), e337-e344. <https://doi.org/10.1111/hsc.12470>
- Bauthamy, F., & Leconte, I. (2020). Le temps en unité de soins palliatifs. In R. Le Berre, *Manuel de soins palliatifs* (p. 848-852). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.cent.2020.01.0848>
- Beaucourt, C., & Louart, P. (2011). Le besoin de santé organisationnelle dans les établissements de soins : L'impact du care collectif. *Management & Avenir*, 49(9), 114-132. <https://doi.org/10.3917/mav.049.0114>
- Béguin, P. (2004). L'ergonome, acteur de la conception. In P. Falzon, *Ergonomie* (1ère, p. 375-390). Presses Universitaires de France.
<https://doi.org/10.3917/puf.falzo.2004.01.0375>

- Bellini, S., Drevetton, B., Grimand, A., & Oiry, E. (2018). Les espaces de discussion : Un vecteur de régulation des paradoxes de la Nouvelle Gestion Publique ? *Revue de gestion des ressources humaines*, 107(1), 3-22. <https://doi.org/10.3917/grhu.107.0003>
- Bigi, M. (2016). *Reconnaissance et organisation du travail. Perspectives françaises et européennes*. Conservatoire National des Arts et Métiers.
- Blondel, F., Delzescaux, S., & Fermon, B. (2013). *Mesure de la qualité et qualité de la mesure de l'aide à domicile* (p. 1-253). Université Paris Diderot. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01519858/document>
- Bonamy, P., Desert, M., Frighi, S., Monzérian, C., Montfort, M., Vernazobre, I., & Marchand, P. (2012). Les freins à la bientraitance dans l'aide à domicile. *VST - Vie sociale et traitements*, 4(116), 66-72. <https://doi.org/10.3917/vst.116.0066>
- Bondéelle, A., Brasseur, G., Favier, A.-L., Gayet, C., Lampert, S., Richez, J.-P., & Vaudoux, D. (2007). Aide à domicile : Un monde en quête de professionnalisation. *Travail & sécurité*, 674, 21-31.
- Bonnefond, J.-Y. (2016). *L'intervention dans l'organisation en clinique de l'activité : Le dispositif « DQT » RENAULT à l'usine de Flins* [Thèse de doctorat]. Conservatoire National des Arts et Métiers.
- Bonnet, M. (2006). Le métier de l'aide à domicile : Travail invisible et professionnalisation. *La Nouvelle Revue de psychosociologie*, 1, 73-85. <https://doi.org/10.3917/nrp.001.85>
- Bottazzi, V., Collin, J.-L., Saily, M., & Couvreur, E. (2015). Des espaces de discussion au service de la capacité d'action des salariés et de la performance. *La revue des conditions de travail*, 3, 74-82.
- Boudra, L. (2019). Dynamiques collectives entre employeurs âgés et salariés aidants : Une coconstruction du bien vieillir au domicile. *Travailler*, 2(42), 141-167. <https://doi.org/10.3917/trav.042.0141>
- Boudra, L., Bédel, C., & Mercieca, P. (2019). *Travailler au domicile de particuliers employeurs âgés. Enjeux et orientations pour développer une prévention des risques au domicile*.

Fédération des particuliers employeurs de France.

<http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.36399.79523>

Bourgouin, C., Duquesne, B., & Mercier, L. (2019). Raconter et mettre en discussion le travail par l'usage de la vidéo : Une démarche mobilisatrice. *La revue des conditions de travail*, 9, 93-102.

Bouvier, T., Pelvillain, N., & Santelmann, P. (2010). Services à la personne : Renforcer l'encadrement intermédiaire pour accroître l'efficacité et l'attractivité des métiers. *Formation emploi*, 112(4), 53-67. <https://doi.org/10.3917/form.112.0053>

Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management & Avenir*, 61(3), 168-189. <https://doi.org/10.3917/mav.061.0168>

Brasseur, G., Gayet, C., Fellmann, A., Ravallec, C., & Vaudoux, D. (2010). Services à la personne : Veiller sur soi comme sur les autres. *Travail & sécurité*, 702, 19-33.

Bressoux, P. (2010). Chapitre 6. Modéliser des données hiérarchisées : Les modèles multiniveaux. *Methodes en sciences humaines*, 271-338.

Briest Breda, C., Richard, D., & Yanat, Z. (2017). *Design Thinking et Théorie U : vers une nouvelle ingénierie des espaces de discussion pour développer le mieux-être au travail*. 22.

Brunel, M., & Carrère, A. (2017). Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : Une évolution favorable entre 2007 et 2014. *Les dossiers de la DREES*, 13, 1-45.

Burban, S. (2018). Pour une prise en compte des dynamiques relationnelles dans le métier d'auxiliaire de vie. *VST - Vie sociale et traitements*, 3(139), 54-61. <https://doi.org/10.3917/vst.139.0054>

Bussière, P. V., & Bayer, A. (2016, 6 octobre). *Aide & soin à domicile—Plan d'Action Régional*. Conférence Préventica, Rennes. <https://www.carsat-bretagne.fr/files/live/sites/carsat->

[bretagne/files/pdf/entreprise/Documentation/Secteur/AideDomicile/DA-PARADOM-PREVENTICA2016-V5.pdf](https://www.bretagne/files/pdf/entreprise/Documentation/Secteur/AideDomicile/DA-PARADOM-PREVENTICA2016-V5.pdf)

Caisse nationale de l'Assurance Maladie. (2020). *Synthèse des statistiques pour la totalité du code NAF niveau 5 : 8810A, Aide à domicile*. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. https://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/fiches_statistiques/NAFAPE_2019_Q_000_8810A_SY.pdf

Caisse nationale de l'Assurance Maladie. (2021). *Tableaux de synthèse des statistiques nationales de la sinistralité 2019 de la branche AT-MP du régime général*. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. https://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/etudes_statistiques/livret_de_sinistralite/2019/2019_synthese-sinistralite-pour-chaque-ctn.pdf

Capuano, C. (2017). De l'aide à domicile aux services à la personne : Les incohérences des politiques de la tierce personne des années 1960 à nos jours. *Vie sociale*, 17(1), 13-29. <https://doi.org/10.3917/vsoc.171.0013>

Caroly, S., & Barcellini, F. (2013). Le développement de l'activité collective. In P. Falzon, *Ergonomie constructive* (p. 33-46). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.falzo.2013.01.0033>

Carta, G. (2018). *Concevoir l'intervention pour l'autopoïèse organisationnelle : L'apprentissage comme condition*. Conservatoire National des Arts et Métiers.

Casse, C., & Caroly, S. (2017). Enrichir le retour d'expérience par les espaces de débat : L'exemple d'une recherche-intervention chez un exploitant de tunnels routiers. *Le travail humain*, 80(3), 259. <https://doi.org/10.3917/th.803.0259>

Castejon, C. (2020). Éléments de discussion sur « l'espace de discussion dans/sur le travail ». *Travailler*, n°43(1), 65-78. <https://doi.org/10.3917/trav.043.0065>

Chiocchio, F., Grenier, S., O'Neil, A. T., Savaria, K., & Willms, J. D. (2012). The effects of collaboration on performance : A multilevel validation in project teams. *International*

Journal of Project Organisation and Management, 4(1), 1-37.

<https://doi.org/10.1504/IJPOM.2012.045362>

Chiocchio, F., Lebel, P., Therriault, P.-Y., Boucher, A., Hass, C., Rabbat, F.-X., & Bouchard, J. (2012). *Stress and performance in health care project teams*. Project Management Institute.

Clot, Y. (2015). *Le travail à coeur : Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte.

CNRACL. (2012, mars). Dossier services et soins à la personne. *Bulletin de prévention*, 8, 1-28.

CNRACL. (2017, avril). Aide à domicile, quelle prévention ? *Bulletin de prévention*, 22, 1-28.

Cœugnet, S., Charron, C., Van De Weerd, C., Anceaux, F., & Naveteur, J. (2011). La pression temporelle : Un phénomène complexe qu'il est urgent d'étudier. *Le travail humain*, 74(2), 157-181. <https://doi.org/10.3917/th.742.0157>

Collard, D. (2019). Explorer et gérer les espaces de discussion sur le travail. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, N°138(4), 21-30. <https://doi.org/10.3917/geco1.138.0021>

Compiègne, I., Cuny, X., Fadier, É., Duval, C., & Andéol-Aussage, B. (2013). *La méthode de l'arbre des causes*. Édition INRS.

Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, (1948).

Conjard, P., & Journoud, S. (2013). Ouvrir des espaces de discussion pour manager le travail. *Management & Avenir*, 63(5), 81-97. <https://doi.org/10.3917/mav.063.0081>

Convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 21 mai 2010, Pub. L. No. 3381, IDCC 2941 (2021). <https://aideadomicile-labranche.fr/wp-content/uploads/2020/12/Convention-collective-de-la-branche-de-l%E2%80%99aide-a%CC%80-domicile.pdf>

Cottin, I., & Valléry, G. (2018). Développement de la santé au travail : Complémentarité de l'analyse de l'activité et des représentations du risque: Retours sur un dispositif de conception participative de l'organisation du travail en présence de risque biologique en milieu hospitalier. *Activites*, 15-2, 1-44. <https://doi.org/10.4000/activites.3498>

- Coutarel, F. (2019). *Prévention des risques professionnels en activité de recherche : Synthèse et prospective de la journée*. 5.
- Dallay, C., Chabaud, F., & Delbreil, A. (2015). Insécurité des soignants face à la violence des patients : État des lieux et facteurs prédisposants ; résultats d'une enquête transversale, multicentrique menée en unité psychiatrique fermée et aux urgences. *European Psychiatry*, 30(S2), S146-S146.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.292>
- Davezies, P. (2012). Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : Point de vue de la clinique médicale du travail. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 14-2, Article 14-2. <https://doi.org/10.4000/pistes.2566>
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). The job demand-resources model of burnout. *Journal of applied psychology*, 86(3), 499-512.
- Desjeux, C. (2020). L'aide à domicile : Des dynamiques d'alliance entre concurrence et complémentarité. *Vie sociale*, n°31-32(3), 221-236.
<https://doi.org/10.3917/vsoc.203.0221>
- Detchessahar, M. (2003). L'avènement de l'entreprise communicationnelle. *Revue française de gestion*, 29(142), 65-84. <https://doi.org/10.3166/rfg.142.65-84>
- Detchessahar, M. (2011). Santé au travail. Quand le management n'est pas le problème, mais la solution. *Revue française de gestion*, 37(214), 89-105.
<https://doi.org/10.3166/rfg.214.89-105>
- Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux : Quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 19(1), 57-80.
<https://doi.org/10.3917/neg.019.0057>
- Detchessahar, M., Gentil, S., Grevin, A., & Stimec, A. (2015). Quels modes d'intervention pour soutenir la discussion sur le travail dans les organisations ? : Réflexions méthodologiques à partir de l'intervention dans une clinique. *@GRH*, 3(16), 63-89.
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03239938>

- Devetter, F.-X., Dussuet, A., & Puissant, E. (2017). Pourquoi les aides à domicile sont-elles davantage rémunérées dans certains départements ? *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, 2, 239-270. <https://doi.org/10.3917/reru.172.0239>
- Devetter, F.-X., & Messaoudi, D. (2013). Les aides à domicile entre flexibilité et incomplétude du rapport salarial : Conséquences sur le temps de travail et les conditions d'emploi. *La Revue de l'Ires*, 78(3), 51-76. <https://doi.org/10.3917/rdli.078.0051>
- Devetter, F.-X., Messaoudi, D., & Farvaque, N. (2012). Contraintes de temps et pénibilité du travail : Les paradoxes de la professionnalisation dans l'aide à domicile. *Revue française des affaires sociales*, 2(2-3), 244-268.
- DIRECCTE de Bourgogne. (2011, 26 janvier). *L'aide à domicile, un vrai métier, de véritables professionnels*. Salon aide et soins, Dijon.
- Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques. (2008). Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003. *Premières Synthèses*, 22-1, 1-8.
- Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques. (2016). L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux. *DARES analyses*, 004, 1-8.
- Disquay, S. (2015). *La santé au travail des aides à domicile dans le secteur gérontologique prestataire breton. La difficile prévention de soi dans l'exercice du care*. L'université Nantes Angers Le Mans.
- Disquay, S., & Egado, A. (2013). La souffrance émotionnelle des personnels d'intervention : Résultats préliminaires de l'étude sur la santé et la qualité de vie au travail dans les métiers du secteur de l'aide et du soin à domicile. *Revista de Psicologia*, 9(18), 51-65.
- Disquay-Perot, S., & Egado Portela, A. (2017). Préparer les aides à domicile pour faire-face aux difficultés de la réalité du travail de care : Éducation à la santé et formation tout au long de la vie. *La Recherche en Education*, 17, 49-73.
- Djaoui, E. (2014). *Intervenir au domicile*. Presses de l'EHESP.
- Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Presses universitaires de France.

- Domette, L. (2019). *Les dispositifs de discussion sur le travail : Conception pour l'usage, conception dans l'usage* [Thèse de doctorat, Conservatoire National des Arts et Métiers]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02181474>
- Domette, L., & Michel, J.-C. (2016). Des espaces de discussion clé en main ? Mode d'emploi pour des interventions sur mesure ! *Actes du 51ème Congrès de la Self*, 11.
- Doniol-Shaw, G. (2009). L'engagement paradoxal des aides à domicile face aux situations repoussantes. *Travailler*, 22(2), 27-42. <https://doi.org/10.3917/trav.022.0027>
- Donot, P.-E., El Gharbi-Madelaine, A., & Lenoble-Boulin, C. (2020). Les sentinelles de l'autonomie. *Regards*, N°57(1), 105-114. <https://doi.org/10.3917/regar.057.0105>
- Duez, P. (2016). Analyse des facteurs d'aléa de la violence dans les organisations du secteur sanitaire à partir de la pression temporelle. *Le sociographe*, 56(4), 91-104. <https://doi.org/10.3917/graph.056.0091>
- Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : Ce qui fait équipe ? *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 20(1), 45-67. <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>
- D'une maison à l'autre*. (2005). INRS. <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=DV%200346>
- Dussuet, A. (2008). Professionnalisation et organisation du travail dans les services à la personne. In N. Rahou & F. Dumalin, *Services à la personne. Evolutions, organisation et conditions de travail* (p. 39-54). Editions réseau ANACT.
- Dussuet, A. (2011). Gestion des émotions, santé et régulation du travail dans les services à domicile. *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, 6(2), 102-127. <https://doi.org/10.7202/1006123ar>
- Dussuet, A. (2013). Santé au travail et prévention des risques professionnels dans les associations d'aide à domicile. *La Revue de l'Ires*, 78(3), 77-97. <https://doi.org/10.3917/rdli.078.0077>
- Dussuet, A. (2016). Genre, frontières du travail domestique et marges du salariat. Le cas des aides à domicile. *Revue Française de Socio-Économie*, 17(2), 123-141. <https://doi.org/10.3917/rfse.017.0123>

- Dussuet, A. (2019). Intimité des personnes âgées et travail des aidant.e.s. In M. Jean, A. Dutier, & J.-F. Delfraissy, *L'intimité menacée ? : Enjeux éthiques dans la pratique du soin et de l'accompagnement* (p. 223-232). ERES. <https://www.cairn.info/l-intimite-menacee--9782749262567-page-223.htm>
- Ennuyer, B. (2012). Les services de maintien à domicile et le métier d'aide à domicile : Quel bilan après la loi borloo de 2005 ? *Gérontologie et société*, 35(142), 143-156. <https://doi.org/10.3917/g.s.142.0143>
- Ennuyer, B. (2018). Personnes âgées, familles, professionnels, des configurations multiples et complexes dans le champ de l'aide au domicile. *VST - Vie sociale et traitements*, 139(3), 19-27. <https://doi.org/10.3917/vst.139.0019>
- Ennuyer, B., & Gardien, È. (2017). L'accompagnement à domicile : Mission impossible ? *Vie sociale*, 17(1), 71-81. <https://doi.org/10.3917/vsoc.171.0071>
- Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Presses de l'EHESP.
- Estryn-Béhar, M., Duville, N., Menini, M.-L., Camerino, D., Le Foll, S., le Nézet, O., Bocher, R., Van Der Heijden, B., Conway, P. M., & Hasselhorn, H.-M. (2007). Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins. *La Presse Médicale*, 36(1), 21-35. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2006.07.007>
- Ford, M. T., Cerasoli, C. P., Higgins, J. A., & Decesare, A. L. (2011). Relationships between psychological, physical, and behavioural health and work performance : A review and meta-analysis. *Work & Stress*, 25(3), 185-204. <https://doi.org/10.1080/02678373.2011.609035>
- Fridrich, A., Jenny, G. J., & Bauer, G. F. (2016). Outcome expectancy as a process indicator in comprehensive worksite stress management interventions. *International Journal of Stress Management*, 23(1), 1-22. <https://doi.org/10.1037/a0039202>
- Gadéa, C., & Divay, S. (2012). Les professionnels du soin en proie aux troubles musculosquelettiques: In *Risques du travail, la santé négociée* (p. 249-263). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.court.2012.01.0249>

- Gallois, F. (2013). L'aide à domicile, parent pauvre du système de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31(1), 15-29.
- Gallois, F., & Guerry, R. (2010). Les chiffres clés de l'emploi de l'aide à domicile associative. *Fiches pratiques du Cnar*, 1-9.
- Garabige, A. (2015). L'aide à domicile : Un métier à l'épreuve des contraintes financières. *Connaissance de l'emploi*, 123, 1-4.
- Garabige, A. (2017). Agir dans un secteur peu propice à l'action syndicale. Le cas de l'aide à domicile en France. *Terrains & travaux*, 30, 101-120.
- García-Herrero, S., Lopez-Garcia, J. R., Herrera, S., Fontaneda, I., Báscones, S. M., & Mariscal, M. A. (2017). The Influence of Recognition and Social Support on European Health Professionals' Occupational Stress : A Demands-Control-Social Support-Recognition Bayesian Network Model. *BioMed Research International*, 2017, 1-14.
<https://doi.org/10.1155/2017/4673047>
- Garde, M., Cimpean, N., Fontana, L., & Pelissier, C. (2020). Évaluation qualitative des contraintes psychosociales du personnel en EHPAD. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 81(5), 462.
<https://doi.org/10.1016/j.admp.2020.03.108>
- Garrigou, A. (1992). *Les apports des confrontations d'orientation socio-cognitives au sein de processus de conception participatifs : Le rôle de l'ergonomie*. Conservatoire National des Arts et Métiers.
- Gendron, B. (2010). Chapitre 13. Capital émotionnel, cognition, performance et santé : Quels liens ? In S. Masmoudi & A. Naceur, *Du percept à la décision* (p. 329). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.masmo.2010.01.0329>
- Gentit, P. (2018, 23 novembre). *Aide à domicile : L'AMETRA s'engage dans des actions de prévention innovantes*. Ecomnews. <https://ecomnews.fr/article/Aide-domicile-ametra-sengage-actions-prevention-innovantes>
- Goffard, C. (2016). Quand la relation d'aide se conjugue avec la violence. *Le sociographe*, 4(56), 51-63. <https://doi.org/10.3917/graph.056.0051>

- Goldenhar, L. M., LaMontagne, A. D., Katz, T., Heaney, C., & Landsbergis, P. (2001). The Intervention Research Process in Occupational Safety and Health : An Overview From the National Occupational Research Agenda Intervention Effectiveness Research Team: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(7), 616-622. <https://doi.org/10.1097/00043764-200107000-00008>
- Gramain, A., Neuberg, S., & Weber, F. (2014). Vers une ethnographie économique de l'Etat à l'échelle locale. In F. Weber, L. Trabut, & S. Billaud, *Le salaire de la confiance* (p. 291-302). Editions Rue d'Ulm.
- Griffin, M. A., Neal, A., & Parker, S. K. (2007). A New Model of Work Role Performance : Positive Behavior in Uncertain and Interdependent Contexts. *Academy of Management Journal*, 50(2), 327-347. <https://doi.org/10.5465/amj.2007.24634438>
- Gucher, C. (2012, janvier). *Reconnaissance de l'expertise profane et accès à une position d'usager-citoyen dans un contexte de compensation de la dépendance*. Colloque international REIACTIS, Dijon.
- Gucher, C., Alvarez, S., Laforgue, D., Vial, B., & Warin, P. (2017). De la disjonction entre qualité de vie et qualité de l'aide à domicile : Vers une compréhension des phénomènes de non-recours et de non-adhésion. *Vie sociale*, 17(1), 55-70. <https://doi.org/10.3917/vsoc.171.0055>
- Haines, H., Wilson, J. R., Vink, P., & Koningsveld, E. (2002). Validating a framework for participatory ergonomics (the PEF). *Ergonomics*, 45(4), 309-327. <https://doi.org/10.1080/00140130210123516>
- Hennion, A., & Vidal-Naquet, P. (2015). La contrainte est-elle compatible avec le care ? Le cas de l'aide et du soin à domicile. *Alter European Journal of Disability Research*, 9(3), 207-221. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2014.07.001>
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology*, 85(3), 551-575. <https://doi.org/10.1086/227049>

- Houzel, T., Pick, F., Dubois, A., Combes-Pillon, S., & Sardini, A. (2018). Services d'aide à domicile : Santé et pression temporelle. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 79(3), 279. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2018.03.141>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis : Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Insergueix, A. (2014). L'expertise sociale de la dépendance à l'hôpital : Les assistantes sociales hospitalières. In F. Weber, L. Trabut, & S. Billaud, *Le salaire de la confiance* (p. 221-250). Editions Rue d'Ulm.
- Institut national de recherche et de sécurité. (2020, 7 août). *Santé et aide à la personne— Votre métier*. <https://www.inrs.fr/metiers/sante-aide-personne.html>
- Ipsen, C., Gish, L., & Poulsen, S. (2015). Organizational-level interventions in small and medium-sized enterprises : Enabling and inhibiting factors in the PoWRS program. *Safety Science*, 71, 264-274. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.07.017>
- Iwarsson, S., Löfqvist, C., Oswald, F., Slaug, B., Schmidt, S., Wahl, H.-W., Tomsone, S., Himmelsbach, I., & Haak, M. (2016). Synthesizing ENABLE-AGE Research Findings to Suggest Evidence-Based Home and Health Interventions. *Journal of Housing For the Elderly*, 30(3), 330-343. <https://doi.org/10.1080/02763893.2016.1198742>
- Jany-Catrice, F. (2010). La construction sociale du « secteur » des services à la personne : Une banalisation programmée ? *Sociologie du Travail*, 52(4), 521-537. <https://doi.org/10.1016/j.socotra.2010.09.010>
- Johnson, S. K. (2008). I second that emotion : Effects of emotional contagion and affect at work on leader and follower outcomes. *The Leadership Quarterly*, 19(1), 1-19. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2007.12.001>
- Jolly, P. M., Kong, D. T., & Kim, K. Y. (2021). Social support at work : An integrative review. *Journal of Organizational Behavior*, 42(2), 229-251. <https://doi.org/10.1002/job.2485>
- Jouary, J.-P. (1997). Socrate au secours ! *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, 14, 123-132. <https://doi.org/10.4000/ries.3372>

- Julliard, E., & Leroy, A. (2014). Convertir des chômeuses, former des professionnelles ? In F. Weber, L. Trabut, & S. Billaud, *Le salaire de la confiance* (p. 97-121). Editions Rue d'Ulm.
- Kaplan, A., & Erel, H. (2017). MEANING OF LIFE AND PRESERVATION OF COGNITIVE ABILITIES: LINKAGE TO THE PLACE OF LIVING IN OLD AGE. *Innovation in Aging*, 1(1), 1. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.4316>
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain : Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Karsenty, L. (2016). *Des espaces de débat entre pairs pour enrichir la conscience des risques et favoriser une évolution des pratiques professionnelles*. 1-16.
- Lachmann, H., Larose, C., & Penicaud, M. (2010). *Bien-être et efficacité au travail*. http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Bien-etre_et_efficacite_au_travail.pdf
- L'Allain, C., Caroly, S., & Draï, E. (2015). Les espaces de débat sur le travail : Des ressources pour la prévention des risques dans un contexte d'innovations et d'incertitudes. *Actes du 50ème Congrès de la Self*, 1-7. <https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2016/06/Recueil-Actes-2015.pdf>
- Lallement, M., Clot, Y., Sarazin, B., & Rousseau, T. (2015). QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL /QUALITÉ DU TRAVAIL. *La revue des conditions de travail*, 3, 45-53.
- Landry, A. (2008). *L'évaluation de l'intervention ergonomique : De la recherche évaluative à la proposition d'outils pour la pratique*. Bordeaux 2.
- Laneyrie, E., Caroly, S., & Descatha, A. (2019). Description des régulations opérées par les soignants face aux facteurs organisationnels : Un enjeu de santé au travail et de performance des services de soins. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 80(1), 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2018.10.003>
- Leclerc, J.-S., Boudrias, J.-S., & Savoie, A. (2014). La santé psychologique et la performance au travail : Des liens longitudinaux bidirectionnels ? *Le travail humain*, 77(4), 351-372. <https://doi.org/10.3917/th.774.0351>

- Leplat, J., & Cuny, X. (1979). *Les accidents du travail*. Presses universitaires de France.
- Lesener, T., Gusy, B., & Wolter, C. (2019). The job demands-resources model : A meta-analytic review of longitudinal studies. *Work & Stress*, 33(1), 76-103.
<https://doi.org/10.1080/02678373.2018.1529065>
- Lhuilier, D. (2010). L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail. *Sciences sociales et santé*, 28(2), 31-63. <https://doi.org/10.3917/sss.282.0031>
- Lochard, Y. (2012). L'invention d'espaces de dialogue sur les conditions de travail dans l'administration : Le cas du processus au ministère des Finances. *La Revue de l'Ires*, 74(3), 177-206. <https://doi.org/10.3917/rdli.074.0177>
- Loones, A., & Jauneau, P. (2012). L'organisation du métier d'aide à domicile : Entre autonomie et isolement professionnel. In R. Marquier & S. Nahon, *Les conditions de travail des AD en 2008* (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, p. 47-60).
- Madiot, P., & Poulin, A.-F. (2018). Soigner et prendre soin. *VST - Vie sociale et traitements*, 139(3), 74-76. <https://doi.org/10.3917/vst.139.0074>
- Mansuy, M., & Marquier, R. (2013). Les aides à domicile : Un engagement dans la formation tribulaire du mode d'exercice. *Formation emploi*, 123, 45-65.
- Maraquin, C. (2018). Vivre chez soi, oui, mais à quel prix ? *VST - Vie sociale et traitements*, 139(3), 14-18. <https://doi.org/10.3917/vst.139.0014>
- Massot, C., & Simonet, P. (2017). Intervenir dans l'entreprise pour soutenir la discussion sur le travail comme moyen de transformation : Action et conditions de l'action. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 19-3, Article 19-3.
<https://doi.org/10.4000/pistes.5491>
- Merceron, J.-L. (2016). *Principe de subsidiarité et management des organisations* [Thèse de doctorat]. Université de Nantes.
- Messaoudi, D., Farvaque, N., & Lefebvre, M. (2012). Les conditions de travail des aides à domicile : Pénibilité ressentie et risque d'épuisement professionnel. In R. Marquier &

- S. Nahon, *Les conditions de travail des AD en 2008* (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, p. 5-28).
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis : An expanded sourcebook* (2nd ed). Sage Publications.
- Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. (2013). *Accord national interprofessionnel qualité de vie au travail*, Pub. L. No. NOR : ASET1351058M.
- Molinier, P. (2005). Le care à l'épreuve du travail. In P. Paperman & S. Laugier (Éds.), *Le souci des autres : Éthique et politique du care* (Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, p. 299-316).
- Molinier, P. (2006). *Les enjeux psychiques du travail* (Payot).
- Mollo, V., & Nascimento, A. (2014). Reflective practices and the development of individuals, collectives and organizations. In P. Falzon (Éd.), *Constructive Ergonomics* (p. 223-238). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/b17456-17>
- Moreau, S. (2003). Du CAFAD au diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale. *Gérontologie et société*, 26(104), 149-160. <https://doi.org/10.3917/gs.104.0149>
- Nahon, S., Queriaud, C., Mege Piney, C., & Thibault, I. (2018). Effets premiers de l'intervention : Le cas de problèmes complexes (TMS – RPS) en santé au travail. *Activites*, 15-2, 1-15. <https://doi.org/10.4000/activites.3582>
- Nicot, A.-M., & Yahiaoui, F. (2008). Les freins à l'embauche et l'amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile. In N. Rahou & F. Dumalin, *Services à la personne. Evolutions, organisation et conditions de travail* (p. 27-38). Editions réseau ANACT.
- Niedhammer, I., Ganem, V., Gendrey, L., David, S., & Degioanni, S. (2006). Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : Résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique*, 18(3), 413-427. <https://doi.org/10.3917/spub.063.0413>

- Nielsen, K., & Abildgaard, J. S. (2013). Organizational interventions : A research-based framework for the evaluation of both process and effects. *Work & Stress*, 27(3), 278-297. <https://doi.org/10.1080/02678373.2013.812358>
- Nielsen, K., & Miraglia, M. (2017). What works for whom in which circumstances? On the need to move beyond the 'what works?' question in organizational intervention research. *Human Relations*, 70(1), 40-62. <https://doi.org/10.1177/0018726716670226>
- Nielsen, K., & Randall, R. (2012). The importance of employee participation and perceptions of changes in procedures in a teamworking intervention. *Work & Stress*, 26(2), 91-111. <https://doi.org/10.1080/02678373.2012.682721>
- Nielsen, K., Randall, R., Brenner, S.-O., & Albertsen, K. (2009). Developing a Framework for the « Why'in Change Outcomes : The Importance of Employees » Appraisal of Changes. In P. Ø. Saksvik (Éd.), *Prerequisites for Healthy Organizational Change* (Vol. 1, p. 76-86). BENTHAM SCIENCE PUBLISHERS. <https://doi.org/10.2174/978160805011610901010076>
- Nielsen, K., & Randall, R. (2013). Opening the black box : Presenting a model for evaluating organizational-level interventions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(5), 601-617. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.690556>
- Nielsen, K., Stage, M., Abildgaard, J. S., & Brauer, C. V. (2013). Participatory Intervention from an Organizational Perspective : Employees as Active Agents in Creating a Healthy Work Environment. In G. F. Bauer & G. J. Jenny (Éds.), *Salutogenic organizations and change* (p. 327-350). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6470-5_18
- Olejník Binier, C. (2018). Les enjeux éthiques du maintien à domicile. *VST - Vie sociale et traitements*, 139(3), 66-73. <https://doi.org/10.3917/vst.139.0066>
- Oswald, F., Schilling, O., Wahl, H.-W., Fänge, A., Sixsmith, J., & Iwarsson, S. (2006). Homeward bound : Introducing a four-domain model of perceived housing in very old age. *Journal of Environmental Psychology*, 26(3), 187-201. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2006.07.002>

- Oswald, F., Wahl, H.-W., Martin, M., & Mollenkopf, H. (2003). Toward Measuring Proactivity in Person-Environment Transactions in Late Adulthood : The Housing-Related Control Beliefs Questionnaire. *Journal of Housing For the Elderly*, 17(1-2), 135-152.
https://doi.org/10.1300/J081v17n01_10
- Parent, V., & Bennegouch, A. (2020). Aide à domicile : Bilan de l'action pluridisciplinaire dans le cadre de notre projet de service. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 81(5), 568-569. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2020.03.378>
- Petitta, L., Jiang, L., & Härtel, C. E. J. (2017). Emotional contagion and burnout among nurses and doctors : Do joy and anger from different sources of stakeholders matter?: Contagion and burnout among nurses and doctors. *Stress and Health*, 33(4), 358-369.
<https://doi.org/10.1002/smi.2724>
- Petrella, F., & Richez-Battesti, N. (2013). Aide à domicile : Jeunes et seniors, même combat ? Quand la satisfaction au travail tient au sens et à la reconnaissance. *Chroniques du travail*, 3, 189-199.
- Pihel, L., Detchessahar, M., & Minguet, G. (2009). *Les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail : L'enjeu de la parole sur le travail*. Agence Nationale de la Recherche.
http://www.intefp-sstfp.travail.gouv.fr/datas/files/SSTFP/2009_09_Determinants_organ_a_manag_sante_W_Detchessahar_Rapport.pdf
- Planchard, M.-E., & Serrano, J. (2016). *Accidents du travail et maladies professionnelles*. L'assurance Maladie.
- Pôle Emploi. (2018, 20 septembre). *Difficultés de recrutement, pourquoi certains métiers sont en tension*. <http://www.pole-emploi.org/accueil/actualites/infographies/difficultes-de-recrutement-pourquoi-certains-metiers-sont-en-tension.html?type=article>
- Puissant, E., & Vatan, S. (2018). « Re-régulation » du rapport salarial dans l'aide à domicile : Quel pouvoir régulateur du dialogue social territorial ? *Géographie, économie, société*, 20(2), 205-226.

- Rahou, N. (2013). *La qualité des services à la personne : Le travail au coeur de l'innovation organisationnelle*. ANACT.
- Randall, R., Cox, T., & Griffiths, A. (2007). Participants' accounts of a stress management intervention. *Human Relations*, 60(8), 1181-1209.
<https://doi.org/10.1177/0018726707081660>
- Ribault, T. (2008). Aide à domicile : De l'idéologie de la professionnalisation à la pluralité des professionnalités. *Revue Française de Socio-Économie*, 2(2), 99-117.
<https://doi.org/10.3917/rfse.002.0099>
- Richard, D. (2012). *Management des risques psychosociaux : Une perspective en termes de bien-être au travail et de valorisation des espaces de discussion* [Thèse de doctorat]. Université de Grenoble.
- Rimé, B., Mesquita, B., Boca, S., & Philippot, P. (1991). Beyond the emotional event : Six studies on the social sharing of emotion. *Cognition & Emotion*, 5(5-6), 435-465.
<https://doi.org/10.1080/02699939108411052>
- Rioux, L. (2005). The well-being of aging people living in their own homes. *Journal of Environmental Psychology*, 25(2), 231-243.
<https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2005.05.001>
- Robuschi, L. (2008). Services à la personne, regard sur plusieurs interventions réalisées par le réseau de l'ANACT depuis 2003. In N. Rahou & F. Dumalin, *Services à la personne. Evolutions, organisation et conditions de travail* (p. 49-77). Editions réseau ANACT.
- Rocha, R. (2014). *Du silence organisationnel au développement du débat structuré sur le travail : Les effets sur la sécurité et sur l'organisation* [Thèse de doctorat]. Université de Bordeaux.
- Rocha, R., Mollo, V., & Daniellou, F. (2017). Le débat sur le travail fondé sur la subsidiarité : Un outil pour développer un environnement capacitant. *Activites*, 14(2), Article 2.
<https://doi.org/10.4000/activites.2999>

- Rocha, R., Mollo, V., & Daniellou, F. (2019). Contributions and conditions of structured debates on work on safety construction. *Safety Science*, *113*, 192-199. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2018.11.030>
- Rouat, S., & Sarnin, P. (2018). L'intervention en santé au travail : L'intérêt de l'étude de cas d'intervention. *Le travail humain*, *81*(4), 331-363.
- Roussille, B., Strohl, H., & Raymond, M. (2009). *Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées*. Inspection générale des affaires sociales [IGAS].
- Roy, N., Dubé, R., Després, C., Freitas, A., & Légaré, F. (2018). Choosing between staying at home or moving : A systematic review of factors influencing housing decisions among frail older adults. *PLOS ONE*, *13*(1), 1-32. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189266>
- RStudio Team. (2020). *RStudio : Integrated Development Environment for R*. <http://www.rstudio.com/>
- Sarnin, P., Caroly, S., & Douillet, P. (2011). Contre les « risques » psychosociaux, quel débat sur l'activité ? *Le travail humain*, *74*(4), 309-320. <https://doi.org/10.3917/th.744.0309>
- Sassi, N., & Neveu, J.-P. (2010). Traduction et validation d'une nouvelle mesure d'épuisement professionnel : Le shirom-melamed burnout measure. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, *42*(3), 177-184. <https://doi.org/10.1037/a0017700>
- Schaufeli, W. B. (2017). Applying the Job Demands-Resources model. *Organizational Dynamics*, *46*(2), 120-132. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.04.008>
- Service-Public. (2020). *Qu'est-ce que la grille Aggir ?* <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, *13*(2), 176-200. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.2.176>

- Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Siegrist, J. (2001). A Theory of Occupational Stress. In J. Dunham (Éd.), *Stress in the workplace : Past, present and future* (p. 52-66). Whurr.
- Terte, C. du. (2007, septembre). « Modèle industriel » et « modèle serviciel » de performance. *Proceedings of the XVIIth international conference of European association for research on services [RESER]*.
https://www.iddlab.org/data/sources/users/5/docs/modele_industriel_et_modele_serviciel_de_performance.pdf
- Thomas, C. (2018). *La fabrique de la prescription « au carré » : Conception participative d'un dispositif de travail d'organisation transverse d'un processus de conception documentaire*. Conservatoire National des Arts et Métiers.
- Trabut, L. (2013). *Quel parcours pour devenir « aide à domicile » ?* Centre d'études de l'emploi.
- Trabut, L. (2014a). Nouvelle donne dans l'emploi d'aide à domicile. In F. Weber, S. Billaud, & L. Trabut, *Le salaire de la confiance* (p. 47-74). Editions Rue d'Ulm.
- Trabut, L. (2014b). Aides à domicile : La formation améliore-t-elle l'emploi ? *Formation emploi*, 127, 71-90.
- Trabut, L. (2014c). La définition des tâches de l'aide à domicile a-t-elle pour corollaire l'absence des hommes ? *Travail et emploi*, 140, 21-33.
<https://doi.org/10.4000/travailemploi.6480>
- Uguen, C., Sablon, S., & Carballeda, G. (2018). Intégration de la préparation physique dans l'approche ergonomique : Quel dispositif pour quel(s) objectif(s) ? *Activites*, 15-2, 1-34. <https://doi.org/10.4000/activites.3537>
- Van Belleghem, L. (2016). Eliciting activity : A method of analysis at the service of discussion. *Le Travail Humain*, 79(3), 285-305. <https://doi.org/10.3917/th.793.0285>

- Van Belleghem, L., & Forcioli Conti, E. (2015, septembre). Une ingénierie de la discussion ? Chiche ! *Actes du 50ème Congrès de la Self*. Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, Paris.
- Van Berkel, J., Boot, C. R. L., Proper, K. I., Bongers, P. M., & Van Der Beek, A. J. (2013). Process Evaluation of a Workplace Health Promotion Intervention Aimed at Improving Work Engagement and Energy Balance. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 55(1), 19-26. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e318269e5a6>
- Van De Weerd, C., Morel, O., & Caël, C. (2017). Prévention des situations à risque de forte charge émotionnelle : Exemple dans le secteur de l'aide à domicile. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 23(4), 326-343. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2017.07.005>
- Vanlerenberghe, J.-M., & Watrin, D. (2014). *L'aide à domicile auprès des publics fragiles : Un système à bout de souffle à réformer d'urgence* (Note de synthèse N° 575; Numéro 575, p. 4). Commission des affaires sociales.
- Vidal, A. (2012). *Les risques psychosociaux dans l'aide à domicile. Un risque criant, sous-évalué par les employeurs*.
- Ville, S., & Nouri-Mangold, S. (2014). Le poids de l'expérience. In F. Weber, L. Trabut, & S. Billaud, *Le salaire de la confiance* (p. 123-141). Editions Rue d'Ulm.
- Watrin, D., & Barreyre, J.-Y. (2017). Deux ans après le rapport sur les services à domicile. *Vie sociale*, 1(17), 31-35. <https://doi.org/10.3917/vsoc.171.0031>
- Weber, F. (2014). Le maintien à domicile : À quel prix ? In F. Weber, L. Trabut, & S. Billaud, *Le salaire de la confiance* (p. 9-40). Editions Rue d'Ulm.
- Weber, F., Trabut, L., & Billaud, S. (2014). Journal d'une aide à domicile. In *Le salaire de la confiance* (Sciences sociales, p. 143-158). Éditions Rue d'Ulm. <https://doi.org/10.3917/ulm.weber.2014.01>
- Xing, J. (2014). Les services de soins infirmiers à domicile dans la décision d'entrée en institution. In F. Weber, L. Trabut, & S. Billaud, *Le salaire de la confiance* (p. 273-290). Editions Rue d'Ulm.

Zittoun, M., & Clot, Y. (2020). Une intervention dans un EPHAD. L'animation réciproque de la discussion. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 26(1), 56-70.
<https://doi.org/10.1016/j.pto.2020.01.005>

Annexes

Annexe 5.1 : Description des associations du panel

Annexe 5.2 : Extrait d'une analyse réalisée lors d'un EDD animé par l'intervenant extérieur

Annexe 5.3 : Extrait d'une analyse réalisée lors d'un EDD en semi-autonomie

Annexe 5.4 : Schéma de la méthode d'analyse

Annexe 5.5 : Trame de CR type

Annexe 5.6 : Document « Pistes pour l'animation »

Annexe 5.7 : Extrait de plan d'action

Annexe 5.8 : Exemples de solutions formulées et réalisées suite aux EDD

Annexe 5.9 : Guide d'entretien utilisé lors des débriefings des encadrantes en semi-autonomie

Annexe 5.10 : Axes principaux du déroulé pédagogique de la formation interne pour l'animation des EDD (document de travail)

Annexe 6.1 : Fichier de codification du questionnaire utilisé dans l'étude

Annexe 6.2 : Indicateurs d'asymétrie et d'aplatissement à chaque temps de mesure, groupes confondus

Annexe 6.3 : Présentation de la syntaxe utilisée pour l'évaluation de l'impact de l'intervention, exemple pour les demandes psychologiques

Annexe 6.3bis : Syntaxe utilisée pour estimer la prédiction de l'épuisement professionnel à T2 par les demandes psychologiques à T1

Annexe 6.4 : Contrôles préalables à l'analyse de l'effet de l'interaction entre groupe et temps sur la santé au travail des aides à domicile

Annexe 6.5 : Indicateurs d'asymétrie et d'aplatissement pour les analyses inférentielles des liens entre variables

Annexe 7.1 : Guide d'entretien des focus groups

Annexe 5.1 : Description des associations du panel

Cohorte	Type de personnels administratifs	Effectif moyen sur 2017	Taux d'absentéisme sur 2017 (%)	Taux de turnover sur 2017 (%)	Taux de qualification à T1 A | B | C	Nb de kilomètres par heure d'intervention à T1
Test						
1	Encadrante ; ATP	62	11.73	14.57	29 | 33 | 38	3.75
1	Encadrante ; ATP	52	8.48	16.46	34 | 45 | 21	2.57
1	Encadrante ; ATP	51	8.19	10.02	41 | 28 | 31	2.54
1	Encadrante ; ATP	52	17.18	31.71	30 | 28 | 43	3.11
1	Responsable d'entité ; Responsables secteur	75	6.19	7.24	24 | 32 | 45	2.75
1	Encadrante ; ATP	75	10.95	19.84	49 | 31 | 21	3.01
2	Encadrante ; ATP	32	10.63	20.58	30 | 32 | 38	2.85
2	Encadrante ; ATP	57	6.35	14.71	18 | 48 | 34	3.49
Moyenne		57.00	9.96	16.89	32 | 33 | 34	3.01
Contrôle						
1	Responsable d'entité ATP	47	5.55	18.29	36 | 32 | 32	2.86
1	Encadrante ; ATP	76	5.86	17.44	35 | 29 | 36	3.16
1	Encadrante ; ATP	57	9.17	35.12	53 | 20 | 27	2.13
1	Encadrante ; ATP	48	15.98	17.43	26 | 58 | 16	2.73
1	Encadrante ; ATP	60	9.18	16.82	45 | 27 | 29	3.64
1	Encadrante ; ATP	69	11.15	49.86	31 | 36 | 33	2.21
2	Encadrante ; ATP	45	17.89	19.78	41 | 24 | 35	2.63
2	Encadrante ; ATP	51	5.42	10.82	21 | 53 | 26	2.78
Moyenne		56.63	10.03	23.20	40 | 35 | 29	2.77

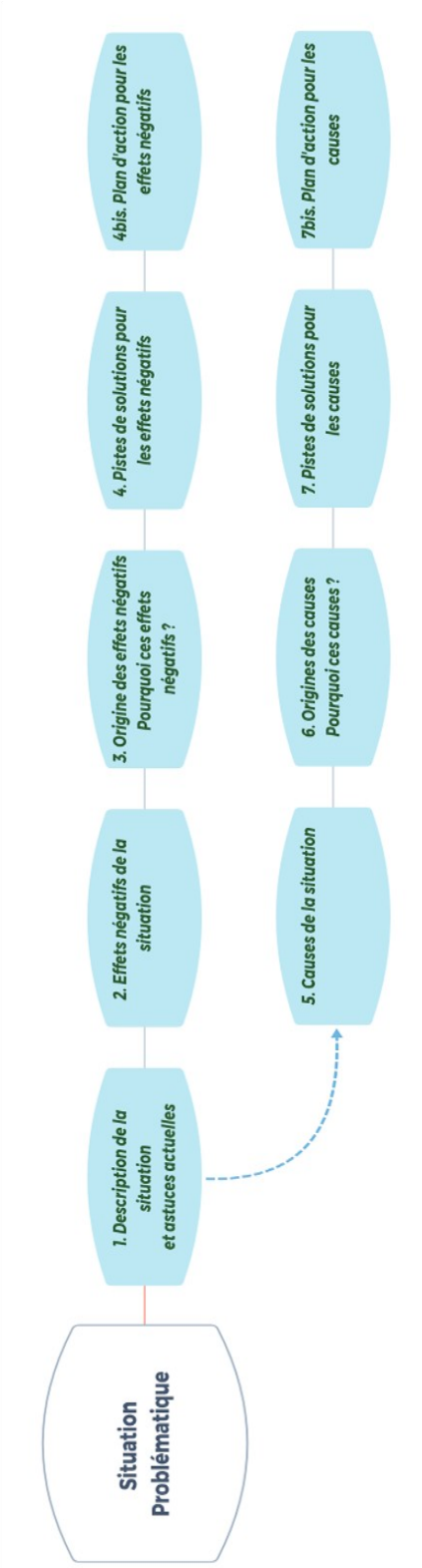
Annexe 5.2 : Extrait d'une analyse réalisée lors d'un EDD animé par l'intervenant extérieur

Analyse des effets négatifs de l'insatisfaction des PA et pistes de solution			
Exemples de situations	Effets négatifs	Origine des effets négatifs	Pistes de solutions
	C'est dur niveau relationnel, c'est froid (quand la personne a insisté et n'a pas compris) ça casse la relation de confiance, ça va donner une impression de paresse, créer de la méfiance, un mauvais jugement.	Parfois, une collègue a effectivement réalisé la tâche en question.	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer avec le sourire si possible, ça passe mieux. - Faire référence à l'assurance : « S'il m'arrive quoi que ce soit, je ne suis pas prise en charge si je fais cette tâche que je n'ai pas le droit de faire. » Ou aux soignants : « Ça je n'ai pas le droit de faire, ça relève des aides-soignantes / infirmières ». - Toujours laisser croire que notre journée est complètement pleine, pour éviter que la PA nous retienne.
Des personnes qui demandent des tâches interdites, soi-disant "parce que la collègue d'avant le faisait" et ne comprennent pas qu'on refuse.	On se demande si la personne s'est plainte au bureau.	<p>Quel regard le bureau va porter sur nous ?</p> <p>Question du lien et de la connaissance entre salariés d'intervention et salariés administratifs.</p> <p>Comment faire comprendre qu'on est sur le même bateau ?</p>	<p>Rappeler aux AD : le travail conséquent du personnel administratif.</p> <p>Cf point sur l'intervention des ATP pour l'explication de leurs tâches.</p> <p>Faire en sorte qu'elles soient le plus à l'aise possible pour prendre la parole (petit comité, pas réunion plénière)</p> <p>Réunion de service premier trimestre 2019 : « C'est quoi le travail d'équipe ? C'est quoi l'esprit d'équipe ? C'est quoi travailler ensemble ? ». Animation par petits groupes.</p> <p>Comment aider les salariés à dire non ?</p> <p>Repasser régulièrement le message aux PA : ne demandez pas aux salariés de faire les tâches « interdites ».</p>
	C'est dur de dire non. C'est dur de dire non. On sait qu'on a pas le droit, « mais c'est juste une fois... ».	<p>Selon la relation avec la personne, quand on s'entend particulièrement bien avec elle par exemple, ça peut être vraiment difficile de refuser (surtout lorsqu'on a l'impression que ça ne nous pose pas de difficulté)</p> <p>Quand la personne est seule. Qu'on est la seule visite. C'est vraiment compliqué de dire non à une tâche importante.</p>	


Annexe 5.3 : Extrait d'une analyse réalisée lors d'un EDD en semi-autonomie

Analyse et pistes de solutions pour les conséquences DU MANQUE DE COMMUNICATION ENTRE SALARIES			
Exemples de situations	Effets négatifs	Origine des effets négatifs	Pistes de solutions
Classeur de liaison	<p>Interprétation par rapport à l'écrit : En fonction de nos sentiments du moment ; on peut noter des choses inadaptées et même être « méchante ». Forme et fond. Ne pas pouvoir tout écrire car la famille lit le cahier, frustration</p>	<p>Manque de temps pour écrire et relire</p> <p>Nous ne sommes pas tous à l'aise avec l'écrit.</p>	<p>Prévoir plus de cases à cocher ; sur l'état de santé + sur le moral de la personne ...</p> <p>Créer un groupe de travail pour repenser le classeur de liaison. Ne pas mettre toutes les feuilles si elles sont inutiles chez certaines personnes.</p>
	<p>La non mise à jour du classeur : des tâches non faites. Double utilisation du cahier et classeur de liaison. Manque de place sur les feuilles d'aujourd'hui.</p> <p>Image de l'association vis-à-vis des partenaires, des usagers, de la famille, et des collègues</p>	<p>Des habitudes qui existaient depuis des années avec les cahiers pour les salariés et les familles</p> <p>Impression d'avoir rien fait car l'écrit est moins détaillé sur le classeur que dans un cahier ;</p> <p>Peur du jugement des collègues et de la famille</p>	<p>Travailler ensemble pour dédramatiser les fautes d'orthographe et l'expression</p> <p>Repenser à la formation « Ecrire dans un classeur de liaison »</p>

Annexe 5.4 : Schéma de la méthode d'analyse



Annexe 5.5 : Trame de CR type

	Groupe de travail sur l'amélioration des conditions de travail	Date
	Nom de l'association – Réunion n° ... sur la problématique ...	
Présents :	Nom des AD (poste), nom des bénévoles (bénévole), nom de l'assistante technique de planification, nom (encadrante)	

Ce compte rendu est à discuter avec l'ensemble des salarié(e)s, il ne représente pas une vérité à accepter, mais une base pour créer de l'échange.

I) Ordre du jour :

II) Résumé de la réunion

- Avancement

- Remarques autres

III) Objectifs de la prochaine réunion

ADMR 35 – Nom de l'asso	Groupe santé au travail	Rédacteur-trice : ...	Mise à jour : ...	Page 1/7
-------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------	----------

Étape 1 Problématique choisie : ...	Description de la situation problématique De quoi parle-t-on ? Dans quelles circonstances ça arrive ? À quelle fréquence est-ce qu'on y fait face ? Est-ce « normal » que ça arrive ?
Astuces, façon de gérer la situation problématique Aujourd'hui, comment fait-on face à la situation ? Quelles sont les différentes manières de gérer la situation ?	

Étapes 2, 3 et 4 : Analyse et pistes de solutions pour les effets négatifs de ...		
Étape 2 Effets négatifs de la situation Quelles sont les conséquences négatives de la situation ? Qu'est-ce qui pose problème dans la situation ?	Étape 3 Origine des effets négatifs de la situation Pourquoi ces effets négatifs ? D'où viennent les effets négatifs de la situation ? Dans la situation, qu'est-ce qui crée les effets négatifs ?	Étape 4 Pistes de solutions pour les effets négatifs de la situation Que peut-on imaginer pour réduire les effets négatifs de la situation ? Priorité : Faible * – Moyenne ** – Forte ***

Étape 4bis Plan d'action pour les effets négatifs de ...			
Actions Priorité : Faible * – Moyenne ** – Forte ***	Acteurs	Date de début / test	Suivi de la réalisation à 6 mois Interrompu / En cours / Réalisé

Étapes 5, 6 et 7 : Analyse et pistes de solutions pour les causes de ...

Étape 5 Causes de la situation D'où vient la situation problématique ? Quelles sont les causes qui créent la situation problématique ?	Étape 6 Origines des causes de la situation Pourquoi ces causes ? D'où viennent les causes de la situation problématique ? Qu'est-ce qui crée chacune des causes de la situation problématique ?	Étape 7 Pistes de solutions pour les causes de la situation Que peut-on imaginer pour éviter l'apparition des causes de la situation problématique ? Priorité : Faible * – Moyenne ** – Forte ***

Étape 7bis

Plan d'action pour les causes de ...

Actions Priorité : Faible * – Moyenne ** – Forte ***	Acteurs	Date de début / test	Suivi de la réalisation à 6 mois Interrompu / En cours / Réalisé

Échéancier

Mois Année	- Réalisation de telle piste d'action
	- ...
	- ...
Mois Année	-
Mois Année	-
...	-
	-

Pistes pour l'animation

L'animatrice n'est pas la garante des résultats de la démarche.
Il s'agit d'un travail collaboratif, qui repose par définition sur l'ensemble des participant(e)s.

Rappel sur les thèmes d'intérêt

Il est primordial, une fois la méthodologie acquise, de porter une attention particulière aux éléments suivants et de favoriser leur expression :

Les écarts entre le **travail prescrit** (demandé/prévu) et le **travail réel** (réalité du domicile).
La **justice organisationnelle**, l'incompréhension des décisions/actions des différents acteurs, les perceptions d'iniquité.
Le **débat/désaccord** sur la manière de réaliser le travail, sur la qualité du travail.
Le collectif, la cohésion, la **construction d'un positionnement commun**.

Posture et outils d'animation

- **Tout entendre.**

Dans un premier temps, on prend toutes les propositions. Quitte à se rendre compte lors d'une étape ultérieure que ce n'est pas possible. Le « On ne peut pas faire ça. » est banni tant que l'on n'a pas réfléchi aux modalités de réalisation et aux alternatives.

- **Être en questionnement constant, rebondir/approfondir/reformuler ce qui est dit.**

Quoi qu'il se dise, posez-vous des questions. Imaginez que vous êtes novice dans le secteur de l'aide à domicile, voire même dans le monde du travail. Tout ce que disent les participant(e)s vous intrigue, et particulièrement les expressions de ressentis/difficultés/ressources. Après avoir reformulé/questionné, laissez-leur le temps de répondre, acceptez les « blancs », ne répondez pas à leur place.

Rebondir / approfondir : « C'est-à-dire ? » - « Comment ça ? » - « Qu'est-ce que vous vouliez dire par ... ? » - ...

Reformuler : « Si j'ai bien compris ... ? » - « Tout à l'heure, vous disiez que ... ? » - ...

- **Préférer les questions ouvertes pour explorer et pour analyser.**

Explorez la perception que les participants ont des situations : « Qu'est-ce qui vous fait penser ça ? » - « Qu'auriez-vous fait à sa place ? Pourquoi ? » - « Qu'est-ce qui selon vous, a pu déclencher tel comportement ? ».

Autres exemples de questions d'intérêt :

Ce serait quoi pour vous un travail bien fait dans cette situation ?
Qu'est-ce que vous aimeriez pouvoir faire mieux dans cette situation ?
En quoi ce travail a-t-il été bien/mal fait ?

Qu'est-il important de faire dans cette situation ?

Comment vous faites pour bien faire tout en vous préservant ?

Qu'est-ce qui vous empêche de faire votre travail comme vous l'entendez ?

Comment vous gérez ces difficultés ?

Si vous deviez expliquer à une collègue inexpérimentée comment réaliser telle ou telle tâche, que lui diriez-vous ?

Toute question commençant par « Est-ce que » n'est utile que pour couper court en obtenant une réponse brève.

Attention, les questions en « Est-ce que » ont souvent tendance à orienter les réponses (ex : « Est-ce que ça provoque du stress ») ce qu'on veut éviter.

- **Faire des points réguliers.**

Proposer des synthèses de ce qui a été dit. S'enquérir de la compréhension et/ou de l'accord des participant(e)s.

« En résumé, on a dit ... » - « Voilà ce que j'ai entendu pour l'instant ... » - « On en est à tel endroit de l'analyse » - « Qu'est-ce que vous en pensez ? » - « Est-ce que vous êtes d'accord ? » - « Y en a-t-il qui n'ont pas compris ? »

Vous pouvez en profiter pour garder un œil sur la prise de note et proposer de la compléter si besoin.

Le fait de synthétiser peut également vous servir à revenir au sujet principal lorsque le groupe se disperse.

- **Concilier les rôles d'encadrante et d'animatrice de la démarche.**

Il peut être délicat de devoir tenir simultanément les deux postures d'encadrement et d'animation. Par exemple, comment faire un rappel d'une réglementation, d'un cadre légal ou encore du règlement de l'association, sans couper les échanges ou entraver la spontanéité des participants ?

Dans un premier temps, on peut s'assurer de bien comprendre ce que les participants ont exprimé, déterminer si ça va effectivement à l'encontre de la règle.

« Voilà ce que j'ai entendu pour l'instant ... » - « Si j'ai bien compris, pour vous il faudrait ... »

Ensuite on peut reposer le cadre, sans nécessairement faire preuve d'autorité, comme une simple transmission d'information, en signifiant qu'on entend et qu'on reconnaît leur participation.

« J'entends ce que vous dites. Le fait est que ... » - « Je comprends, cela dit, telle réglementation/règle/cadre impose que ... »

Enfin, pour éviter de couper les échanges, on peut repartir du constat de l'interdiction évoquée pour relancer les réflexions en fédérant tous les acteurs autour d'un objectif commun. Dans une recherche de solutions par exemple.

« On voit bien qu'actuellement ... comment pourrions-nous faire pour ... tout en respectant la règle ? » - « Sachant que ... ne vous satisfait pas, que pourrait-on mettre en place pour ... sans pour autant être en contradiction avec le règlement ? »

- **Expliciter et faire évoluer les désaccords sur le travail.**

Il est normal que les salariés puissent avoir des conceptions différentes de ce qu'est le travail « bien fait », ou avis divergents sur les meilleures conditions dans lesquelles réaliser leur travail. L'un des objectifs de cette démarche est d'offrir une opportunité de discussion, de débat sur ces conceptions différentes.

Ainsi, lorsqu'on perçoit que des salariés sont en désaccord, ou ne partage pas le même avis sur la réalisation du travail, il est important de leur permettre de débattre. L'idée est donc d'animer ce débat en reprenant les avis des protagonistes et en leur proposant d'argumenter.

Point de vigilance : On cherche ici à discuter du travail, pas des personnes. Attention à rester centré sur le travail et à ne pas dériver sur les questions de personnalités ou des reproches (cf règles de fonctionnement du groupe dans « **Présentation 1^{er} GpW** »).

« On dirait que pour vous (AD1), il vaut mieux ..., mais vous (AD2) avez l'air de préférer ... » - « Est-ce que vous pouvez nous expliquer ce qui fait que vous préférez faire de telle manière ... » - « À votre avis, quels sont des avantages et inconvénients de vos façons de faire respectives ? » - ...

- **Signaler au groupe quand on est un peu perdu, qu'on ne sait plus trop vers où creuser.**

N'hésitez pas, proposez de faire un point, prenez le temps de prendre du recul et voyez si quelqu'un a une idée pour rebondir sur un point particulier. Prenez votre temps pour réfléchir, y compris avant de répondre aux questions / remarques des participants.

- **Quelques propositions d'astuces sur la forme.**

Prendre un ton interrogatif « candide » lorsqu'on pose les questions ; Parler posément, doucement ; Ne pas hésiter à sourire si le contexte s'y prête ; ...

Annexe 5.7 : Extrait de plan d'action

Plan d'action aux causes de l'amplitude horaire			
Action	Acteurs	Date (début/test)	Comment évaluer les solutions mises en place ?
<p>Pour que les salariées puissent savoir lorsque leurs messages ont été lus par l'association, les ATP et l'encadrante pourront renvoyer un "vu" ou "ok" pour confirmer la lecture.</p> <p>Inciter les salariées à faire remonter les informations sans attendre les réunions.</p>	<p>ATP et encadrante</p> <p>Salariées présentes dans le groupe de travail (com* en réunion de secteur) Encadrante (note)</p>	<p>Abordé en réunion le 12.06</p> <p>1er test à la réunion du 18.06 Juin (note) Éventuellement droit d'expression si ça ressort spontanément.</p>	<p>Demander en réunion de secteur et avec les DP si c'est satisfaisant.</p> <p>Voir entre collègues la perception de la remontée d'informations (améliorée, inchangée, moins bonne ?)</p>
<p>Réunion spéciale planning :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Enchaînement des interventions selon les lieux, besoins et temps nécessaires; suivi des itinéraires * Retravailler gestion des indisponibilités * Aborder la question de la gestion des congés * Pause midi+ (compensation repas tardif) * Surveiller les journées particulièrement chargées * Voir les préférences par rapport à la répartition des heures de ménage dans l'après-midi * Rééquilibrer des tournées sachant que certains créneaux sont peu utilisés sur certaines d'entre elles ? * Travailler la visualisation de la modulation * Travailler l'enchaînement des interventions ménage (nécessite travail préliminaire d'identification des interventions ménage) * Changement des DI 	<p>Tous les acteurs de l'association. Par secteur. Pour [REDACTED] : redécouper en plusieurs groupes ? Attention aux problématiques de confidentialité sur la situation de certaines salariées.</p>	<p>Commencer avec un groupe en Septembre 2018 [REDACTED] groupes plus petits, test plus aisé</p> <p>Retours des salariées Mars 2019</p>	
<p>Travailler la règle concernant la facturation des interventions annulées : sous quels délais, quelle communication aux personnes aidées. Dans un second temps, informer les salariées sur la posture de l'association.</p>	<p>Réunion inter vacation</p>	<p>Décembre 2018</p>	

Annexe 5.8 : Exemples de solutions formulées et réalisées suite aux EDD

Solutions internes aux associations

Organiser de l'échange sur des thèmes, situations, problématiques

La « bonne distance » ; gérer un entourage de PA qui perturbe fortement l'intervention ; la culpabilité de ne pas pouvoir faire aussi bien que possible pour les PA ; les limites d'intervention ; se présenter lors de la première intervention chez une PA ; faire face à la pression temporelle ; gérer des demandes supplémentaires des PA ; faire face aux gestes déplacés ; apprendre à dire non ; retravailler l'outil de liaison...

Améliorer la coordination entre salariés au sein de l'association

Permettre des réunions ponctuelles entre AD pour faire le point sur des situations particulières ; augmenter la fréquence des réunions d'îlot ; notifier aux AD que leurs messages ont bien été reçus par le bureau ; améliorer la mise à jour des informations sur les situations ; organiser des rendez-vous individuels entre AD et ATP pour remettre à niveau les informations détenues par les unes et les autres...

Renforcer la coordination avec les bénévoles

Expliquer des points de fonctionnement de l'association (planification, documents divers) aux bénévoles ; organiser des temps spécifiques pour répondre aux questions des bénévoles ; guider les bénévoles dans la réalisation de certaines tâches comme les évaluations initiales à domicile ; faire le point sur les missions des bénévoles à l'association ; revoir avec les décisionnaires comment assurer qu'il puisse y avoir des prises de décision rapides dans les situations difficiles (où les AD sont mises à mal par exemple)...

Communiquer à l'ensemble des salariées des astuces identifiées pendant les EDD

Les interventions lorsque l'entourage des PA est présent ; le fait d'être prise entre les demandes de la PA et les demandes de l'entourage ; les interventions complexes ; les interventions en domicile inconnu ; faire face à un accueil désagréable ou à un mépris du travail effectué ; les interventions dans lesquelles on ne parvient pas à créer du lien avec la PA...

Solliciter un positionnement des instances décisionnaires de l'association

La gestion des retours d'hospitalisation ; la mise en balance des préférences des PA avec l'impact sur la planification ; la détermination de règles claires sur la facturation des

interventions annulées ; inclure une AD ou une ATP lors de la visite initiale à domicile pour s'assurer que le temps prévu sera suffisant ; clarifier les limites d'intervention ; reposer la question de favoriser l'embauche de CDI polyvalent plutôt que des CDD ; obtenir du matériel de qualité pour réaliser l'entretien des logements ; limiter le nombre de dossiers pris en charge dans les période de manque de personnel...

Modifier les pratiques de planification

Réorganiser les plannings des réunions d'îlots ; prévoir systématiquement un créneau fixe disponible pour les réunions ; « découper » les interventions de ménage de 3h en deux interventions d'1h30 ; systématiser les binômes dans les situations complexes ; tenter de répartir différemment les plans d'aides ; mettre en place des équipes de matin et d'après-midi ; mettre en place des réunions de travail conjoint entre administratifs et AD d'un îlot pour améliorer les plannings ; faire des demandes de remplacement généralisées plutôt qu'individuelles ; harmoniser les pratiques des personnels administratifs au sein de l'association...

Améliorer l'intégration des AD nouvellement recrutées

Former plus de tutrices parmi les AD ; planifier une réunion d'îlot pour accueillir les nouvelles salariées avant qu'elles n'interviennent sur le terrain ; systématiser les temps de débriefing en binôme après la première intervention ; renforcer la procédure de doublon ; retravailler le livret d'accueil.

Solliciter ou interpeller la fédération départementale

Signaler des besoins de formation n'existant pas dans le catalogue départemental ; demander la création de flyers sur le métier ; solliciter des modifications du logiciel de planification ; questionner le positionnement fédéral sur diverses thématiques telles que les problématiques transversales...

Faire des rappels divers

Les règles de planification ; les ressources à la disposition des AD ; les détails d'utilisation du téléphone professionnel et du logiciel de planification ; la gestion des clés des PA ; les quelques limites d'intervention clairement établies ; le soutien que l'association peut apporter pour les VAE ; ne pas hésiter à transmettre ses difficultés quelles qu'elles soient à l'association...

Solutions impliquant l'externe

Agir pour une meilleure communication et/ou coordination avec les services extérieurs

Communiquer aux hôpitaux sur les contraintes des associations en termes de planification ; tenter d'organiser des rencontres visant à faire du lien entre associations d'aide à domicile et autres services ; refaire du lien avec des EHPAD ; solliciter diverses instances pour renforcer la coordination entre services...

Agir pour une meilleure communication et/ou coordination avec les PA ou leur entourage

Réexpliquer les contraintes de planification ; rappeler aux familles de prévenir au plus tôt lorsqu'il y a des annulations ; reposer le cadre de la garde d'enfant ; demander de privilégier l'utilisation de produits non toxiques ; expliquer certaines limites d'intervention ; encourager les usagers à passer au système de boîte à clés ; reposer le cadre des interventions de « ménage confort » ; prévoir du temps au début de chaque nouvelle intervention, pour expliquer le fonctionnement du service et de l'outil de liaison...

Solliciter des ressources auprès de partenaires, d'acteurs publics ou municipaux

Demander aux mairies des locaux pour que les AD puissent se poser sur leur pause de midi ; demander l'autorisation de fixer des boîtiers à clé sur des immeubles de lotissement ; demander des formations à l'utilisation de matériel (pharmacies, services de santé...)...

Annexe 5.9 : Guide d'entretien utilisé lors des débriefings des encadrantes en semi-autonomie

Comment tu t'es sentie pendant la réunion ? Comment tu l'as vécue ?

Relances :

Quelles émotions ? Comment ton ressenti a-t-il évolué au fil de la réunion ?

De 1 à 10, à quel point t'es-tu sentie compétente (dans ton rôle d'animatrice de la démarche) ?

Quels points positifs et points négatifs relèves-tu sur le déroulement de la séance ?

Relances :

Qu'as-tu pensé de la dynamique, de l'ambiance du groupe ?

Si tu pouvais améliorer le déroulement de la séance, qu'est-ce que tu ferais ?

Comment tu te sens maintenant ?

Des remarques ? Des questions ?

Annexe 5.10 : Axes principaux du déroulé pédagogique de la formation interne pour l'animation des EDD (document de travail)

Objectifs pédagogiques	Thèmes / Contenu
Séquence 1 : Observation d'un EDD en association	
Présenter l'attendu	Suivre une encadrante dans l'organisation et l'animation d'un EDD
	Débriefing avec l'encadrante animatrice
Séquence 2 : Situer la place des EDD dans le projet global	
Comprendre le projet	Présentation des participants : Nom, prénom, poste occupé, ancienneté Présentation du contexte : - Attentes des parties prenantes : CPOM, CARSAT, direction... - assos pilotes et retour d'expérience - Validation du projet par le CA et en AG - Présentation d'indicateurs et enjeux de la démarche (humain, juridiques, économiques)
Se situer dans le projet	Situer l'EDD dans le projet de la fédération : - intérêt de déployer les EDD - Présentation du COPIL : membres et missions - Situer le rôle de l'animateur dans la démarche de prévention et son articulation avec les différents acteurs de prévention
Cibler les freins, les leviers de la démarche d'animation	Echanges sur les observations EDD Présentation des clés et points de blocage pour la mise en place/pérennisation de la démarche
Séquence 3 : Apprentissage de la méthode d'analyse	
Caractériser une situation de travail	Définition de l'activité de travail Présentation des notions de travail prescrit/travail réel
Aborder la situation problème	Caractériser les dommages potentiels Comprendre les mécanismes d'apparition d'un dommage : distinguer dans la situation de travail ce qui peut être néfaste et appréhender les notions de cause et de conséquences Introduction sur la notion de déterminant
Découvrir et comprendre la méthode d'analyse	Présenter les étapes de la méthode d'analyse Présenter les outils associés à chaque étape de la démarche Insister sur la distinction cause/conséquence et les recouvrements potentiels Les pièges à éviter : garder le fil de l'analyse - rappeler la question, le sujet - reformuler les remarques, les suggestions et refaire le lien - laisser le sujet visible (écrire afficher...) - Pour les hors sujet, mais intéressants : avoir un "pot de bonnes idées pour plus tard"
S'approprier la méthode d'analyse	Cas pratique en salle : Présentation d'une problématique, idéalement un sujet hors contexte professionnel direct, mais qui peut parler à tout le monde Quelques suggestions à tester dans l'onglet "Exemples"

Séquence 4 : Animer un EDD	
Préparer un EDD	<p>Définition d'un EDD</p> <p>Repères pour l'animation, conditions de réussite</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impliquer l'ensemble des acteurs : salariés et bénévoles - Fixer un cadre et des règles : liberté de s'exprimer, confiance, non jugement - Savoir faire : Prise de parole en public, capacité d'animation et de régulation d'un débat <p>Préparation</p> <ul style="list-style-type: none"> - notion d'ordre du jour : préparer le contenu, inviter les participants, qui informer et sur quoi? - logistique : lieu, matériel, documents... - Restitution : compte-rendu, plan d'action, communication
Apprendre à adopter une posture d'animation d'EDD	<p>Présenter les pistes pour l'animation et les difficultés/interrogations classiques en tant qu'animateur</p> <p>Présenter les "thèmes d'intérêt" auxquels il faudra être vigilant (justice organisationnelle, tension sur le travail bien fait, ...)</p> <p>Faire face à une situation de tension dans le cadre d'un EDD</p>
Reconnaitre les signaux d'alerte pour pérenniser la démarche	<p>Présenter les difficultés typiquement rencontrées lors de la mise en place et pour la pérennisation de la démarche</p> <p>Présentation des signaux d'alerte qui pourraient remettre en cause la pérennité de la démarche, éventuellement à réajuster le fonctionnement de l'EDD. Ex : Absentéisme aux réunions, Faible prise de parole, Détournement des sujets hors travail, Manque d'implication, Conflits</p>
Séquence 5 : Organisation d'un EDD	
Appliquer la méthode en situation réelle	<p>Suivre à nouveau un EDD en disposant d'une trame d'observation, pour pouvoir être attentive aux points clés (posture d'animation, pbk transversales, thèmes d'intérêt, ...)</p> <p>Debriefing avec l'encadrante animatrice</p> <p>Préparer un EDD en collectif sur une problématique identifiée</p> <p style="background-color: yellow;">Refaire un point sur les points de blocage</p>
Devenir autonome	L'animatrice prépare un EDD pour son équipe avec l'appui éventuel du formateur

Annexe 6.1 : Fichier de codification du questionnaire utilisé dans l'étude

Item inversé

Item modifié par rapport à l'échelle originale

Echelles	Variables	Items	Modalités de réponses
-	Cohorte	Première ou deuxième cohorte	1. Première cohorte 2. Seconde cohorte
-	Temps	Temps de mesure	1. T1 2. T2 3. T3 4. T4
-	Date	Date de rendu du questionnaire	jj-mm-aa
-	Groupe	Groupe témoin ou participatif	1. Témoin 2. Participatif
-	Association	Nom de l'association	En lettres
-	Numéro	Numéro du questionnaire	Chiffre
-	Sujet	Code personnel	Code personnel en 9 caractères - 3 premières lettres précom de la mère, - 4 chiffres pour jour et mois de naissance de la mère, - 2 premières lettres de la ville de naissance
Caractéristiques du travail, Job Content Questionnaire (K)	K1_LD	1. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles.	1. Pas du tout d'accord 2. Pas d'accord 3. D'accord 4. Tout à fait d'accord
	K2_LD	2. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives.	
	K3_LD	3. Mon travail me demande d'être créatif(ve).	
	K4_LD	4. Mon travail me permet de prendre souvent des décisions moi-même.	
	K5_LD	5. Mon travail demande un haut niveau de compétence.	
	K6_LD	6. Dans ma tâche, j'ai très peu de libertés pour décider comment je fais mon travail.	
	K7_LD	7. Dans mon travail, j'ai des activités variées.	
	K8_LD	8. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail.	
	K9_LD	9. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles.	
	K10_DP	10. Mon travail me demande de travailler très vite.	
	K11_DP	11. Mon travail me demande de travailler intensément.	
	K12_DP	12. On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive.	
	K13_DP	13. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail.	
	K14_DP	14. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes.	

	K15_DP	15. Mon travail demande de longues périodes de concentration intense.	
	K16_DP	16. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard.	
	K17_DP	17. Mon travail est très bousculé.	
	K18_DP	18. Dépendre du travail de mes collègues me ralentit souvent dans mon propre travail.	
Collaboration (Coll) , teamwork <small>communication (TC), Synchronicity (SY), Explicit coordination (EC), Implicit coordination (IC)</small>	Coll	Mes collègues et moi ...	
	Coll1_TC	1. ... on se transmet des informations utiles pour faire avancer le travail.	
	Coll2_TC	2. ... on partage les connaissances qui font avancer le travail.	
	Coll3_TC	3. ... on se comprend quand on parle du travail à faire.	
	Coll4_TC	4. ... on partage les ressources qui aident à réaliser les tâches.	
	Coll5_TC	5. ... on se communique nos idées à propos du travail à faire.	
	Coll6_SY	6. ... on réalise nos tâches au bon moment.	
	Coll7_SY	7. ... on s'assure de terminer nos tâches à temps.	
	Coll8_SY	8. ... on s'ajuste pour respecter les délais.	
	Coll9_EC	9. ... on fait le point sur l'avancée du travail.	
	Coll10_EC	10. ... on échange des informations sur « qui fait quoi ».	
	Coll11_EC	11. ... on discute ensemble des délais à respecter.	
	Coll12_IC	12. ... on anticipe nos besoins mutuels sans avoir à les exprimer.	
	Coll13_IC	13. ... on réorganise instinctivement nos tâches quand des changements sont nécessaires.	
Coll14_IC	14. ... on comprend implicitement les tâches à effectuer.		
Réalisation du travail – Work Role Performance (WP) , <small>Individual task proactivity (IP), Team member proactivity (TP)</small>	WP1_IP	1. Je mets en place de meilleures façons de réaliser mes tâches principales.	
	WP2_TP	2. J'améliore et je développe des méthodes de travail pour aider mes collègues à être plus efficaces.	
			1. Jamais 2. Rarement 3. À l'occasion 4. Assez souvent 5. Souvent 6. Très souvent 7. Constamment
			1. Jamais 2. Rarement 3. Parfois 4. Souvent 5. Très Souvent

	WP3_IP	3. Je trouve des idées pour améliorer ma façon d'accomplir mes tâches principales.	
	WP4_TP	4. Je propose des moyens pour rendre mes collègues plus efficaces.	
	WP5_IP	5. Je modifie ma façon de réaliser mes tâches principales.	
	WP6_TP	6. J'améliore la façon dont mes collègues et moi réalisons le travail.	
Réalisation du travail – Perception de qualité (Qual)	Possibilité	Qual1	1. En général, j'ai la possibilité de faire un travail de qualité auprès des usagers.
	Représentation	Qual2	2. Mes collègues et moi ne sommes pas toutes d'accord sur comment faire le travail au domicile des usagers.
	Rôle Collab*	Qual3	3. Le fait d'échanger et de collaborer avec mes collègues m'aide à bien faire mon travail.
	Représentation	Qual4	4. Mes collègues et moi avons la même notion du travail bien fait.
	Possibilité	Qual5	5. Je n'ai pas de moyens suffisants (matériel, temps, informations) pour bien faire mon travail.
	Représentation	Qual6	6. Mes collègues et moi avons le même objectif lorsque nous allons au domicile des personnes aidées.
			1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Indécis 4. Plutôt d'accord 5. Tout à fait d'accord
Intention de quitter le travail (Turn)	Turn	En ce moment, il m'arrive de penser à quitter mon travail.	1. Jamais 2. Rarement 3. Parfois 4. Souvent 5. Très Souvent
Bien-être au travail, IPBET, (BE). <small>Adéquation Interpersonnelle au travail (Adéq), Épanouissement dans le travail (Épa), Sentiment de compétence au travail (Comp), Reconnaissance perçue au travail (Reco), Volonté d'engagement au travail (Vol)</small>	BE1_Adéq	1. J'apprécie les gens avec qui je travaille.	0. En désaccord 1. Quelque peu en accord 2. - 3. Modérément en accord 4. - 5. Tout à fait en accord
	BE2_Épa	2. Je trouve mon travail intéressant.	
	BE3_Comp	3. Je sais que je suis capable de faire mon travail.	
	BE4_Reco	4. Je sens que mon travail est reconnu.	
	BE5_Vol	5. J'ai envie de prendre des initiatives dans mon travail.	
	BE6_Adéq	6. Je trouve agréable de travailler avec les gens de mon association.	
	BE7_Épa	7. J'aime mon travail.	
	BE8_Comp	8. J'ai confiance en moi au travail.	
	BE9_Reco	9. Je sens que mes efforts au travail sont appréciés.	
	BE10_Vol	10. Je me soucie du bon fonctionnement de mon association.	
	BE11_Adéq	11. Je m'entends bien avec les gens de mon association.	
	BE12_Épa	12. Je suis fier(e) de l'emploi que j'occupe.	

	BE13_Comp	13. Je me sens efficace et compétent(e) dans mon travail.	
	BE14_Reco	14. Je sais que les gens croient à l'utilité de mon travail.	
	BE15_Vol	15. J'aime relever des défis dans mon travail.	
	BE16_Adéq	16. J'ai une relation de confiance avec les gens de mon association.	
	BE17_Épa	17. Je trouve un sens à mon travail.	
	BE18_Comp	18. J'ai le sentiment de savoir quoi faire dans mon travail.	
	BE19_Reco	19. J'ai l'impression que les gens avec qui je travaille reconnaissent ma compétence.	
	BE20_Vol	20. Je souhaite contribuer à l'atteinte des objectifs de mon association.	
	BE21_Adéq	21. Je me sens accepté(e) comme je suis par les gens avec qui je travaille.	
	BE22_Épa	22. J'ai le sentiment de m'accomplir dans mon travail.	
	BE23_Comp	23. Je connais ma valeur comme travailleur.	
	BE24_Reco	24. Je sens que je suis un membre à part entière de mon association.	
	BE25_Vol	25. J'ai envie de m'impliquer dans mon association au-delà de ma charge de travail.	
Reconnaissance au travail	Reconn_Coll	Vous sentez-vous reconnu(e) dans votre travail par vos collègues ?	Pas du tout reconnu(e) reconnu(e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très
	Reconn_Cadre	Vous sentez-vous reconnu(e) dans votre travail par votre encadrante, votre cadre de proximité ou votre responsable secteur ?	
	Reconn_Béné	Vous sentez-vous reconnu(e) dans votre travail par les bénévoles de votre association ?	
	Reconn_ATP	Vous sentez-vous reconnu(e) dans votre travail par les secrétaires ou assistantes de planification de votre association ?	
	Reconn_PA	Vous sentez-vous reconnu(e) dans votre travail par les personnes aidées ?	
Santé au travail, Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) <small>Fatigue physique (FP), Lésion cognitive (LC), Épuisement émotionnel (EE)</small>	SMBM1_FP	1. Je me sens fatigué(e).	1. Jamais 2. Très peu fréquemment 3. Peu fréquemment 4. Parfois 5. Souvent 6. Très souvent 7. Toujours
	SMBM2_FP	2. Je n'ai aucune énergie pour aller au travail le matin.	
	SMBM3_FP	3. Je me sens physiquement vidé(e).	
	SMBM4_FP	4. J'en ai par-dessus la tête.	
	SMBM5_FP	5. J'ai l'impression que mes batteries sont à plat.	
	SMBM6_FP	6. Je me sens épuisé(e).	
	SMBM7_LC	7. Je peine à réfléchir rapidement.	

	SMBM8_LC	8. J'ai du mal à me concentrer.		
	SMBM9_LC	9. J'ai l'impression de ne pas avoir les idées claires.		
	SMBM10_LC	10. J'ai l'impression que je n'arrive pas à concentrer mes pensées.		
	SMBM11_LC	11. J'éprouve de la difficulté à réfléchir à des choses complexes.		
	SMBM12_EE	12. Je me sens incapable de ressentir les besoins de mes collègues et des personnes aidées.		
	SMBM13_EE	13. Je sens que je ne peux pas m'investir émotionnellement avec mes collègues et les personnes aidées.		
	SMBM14_EE	14. Je me sens incapable d'être proche de mes collègues et des personnes aidées.		
Démarche participative (pour le groupe participatif uniquement, à partir du deuxième temps de mesure)	Participation à la démarche	GpW	Participation aux réunions en groupe de travail	1. Oui 0. Non
		InfoGpW	Niveau d'information sur le groupe de travail	1. Pas du tout informé 2. Insuffisamment informé 3. Très bien informé
	Impact de la démarche	ImpactGpW1	1. Cette démarche en groupe de travail a permis d'améliorer mon quotidien au travail.	1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Indécis 4. Plutôt d'accord 5. Tout à fait d'accord
		ImpactGpW2	2. Cette démarche en groupe de travail n'a rien changé au fonctionnement de mon association.	
Informations socio-démographiques	Sexe		1. H 2. F	
	Age		En années	
	SitFam	Situation familiale	1. Marié ou en couple 2. Célibataire 3. Séparé, divorcé 4. Veuf	
	Eft	Enfants	0. Non 1. Oui	
	NbEft	Nombre d'enfants	En chiffres	
	Dip	Diplôme	1. Aucun diplôme 2. CAP, BEP, BEPC 3. Baccalauréat 4. BAC+2 (BTS ou IUT) 5. Au-delà de BAC+2 6. Titre ADVF 7. DE AVS 8. DE TISF 9. Autre	
	Dip_Autre	Si autre diplôme	En lettres	
	Contrat	Type de contrat	1. CDI 2. CDD 3. Autre	
	SiCDD_Durée		En mois	

	Contrat_Autre		En lettres
	TpsW	Temps de travail	1. Temps plein 2. Temps partiel
	SiTpsPartiel_Pourctg	Si temps partiel, pourcentage	En pourcentage
	TpsW_Mensuel	Temps de travail mensuel indiqué sur le contrat de travail ADMR	1. Moins de 70h 2. entre 70h et 104h 3. Plus de 104h
	TpsW35	Vous arrive-t-il de travailler plus de 35h dans une semaine pour l'ADMR ?	1. Jamais 2. Occasionnellement 3. Régulièrement
	Chg_PlanningHor	Vous arrive-t-il d'avoir des changements de planning (horaires) de dernière minute ?	1. Jamais 2. Occasionnellement 3. Régulièrement
	Chg_PlanningLieu	Vous arrive-t-il d'avoir des changements de planning (lieux) de dernière minute ?	1. Jamais 2. Occasionnellement 3. Régulièrement
	Horaires	Quels sont vos horaires de travail ?	1. Fixes 2. Variables 3. Travail de nuit 4. Autre
	Horaires_Autre	Si autres horaires	En lettres
	Poste	Quel poste occupez-vous ?	1. Aide à Domicile 2. Auxiliaire de Vie Sociale 3. TISF 4. Autre
	Poste_Autre	Si poste autre	En lettres
	Anc_Poste	Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?	En mois
	Anc_Aso	Depuis combien de temps travaillez-vous pour cette association ADMR ?	En mois
	Pers_PA	De quel type de personnes vous occupez-vous ? Personnes âgées	0. Non 1. Oui
	Pers_PH	De quel type de personnes vous occupez-vous ? Personnes en situation de handicap	0. Non 1. Oui
	Pers_PM	De quel type de personnes vous occupez-vous ? Personnes atteintes d'une maladie	0. Non 1. Oui
	Pers_Eft	De quel type de personnes vous occupez-vous ? Enfants	0. Non 1. Oui
	Pers_Famille	De quel type de personnes vous occupez-vous ? Famille	0. Non 1. Oui
	Pers_Autre	Si autre public	En lettres
	Priorités	Pour vous quelles sont les priorités pour améliorer vos conditions de travail	Texte
	Rq	Si vous avez des remarques et commentaires à propos de l'étude	Texte

Annexe 6.2 : Indicateurs d'asymétrie et d'aplatissement à chaque temps de mesure, groupes confondus

Variables	T1		T2		T3		T4	
	Skewness	Kurtosis	Skewness	Kurtosis	Skewness	Kurtosis	Skewness	Kurtosis
DP	.07	.22	.00	.21	.11	.41	-.09	-.09
LD	-.04	.89	.14	.38	-.27	.78	-.29	1.60
Coll	.03	.41	.16	.34	.17	.22	.20	-.01
TC	.09	-.41	.34	-.25	.23	-.25	.10	-.46
SY	-.83	1.30	-.64	1.07	-.43	.40	-.41	.72
EC	.56	.00	.64	.12	.59	.01	.42	-.12
IC	.04	-.29	.14	-.39	.02	-.27	.18	-.10
IP	-.33	.72	-.04	.25	-.24	.42	-.11	1.29
TP	.13	-.05	.11	.09	.01	-.18	.06	.29
Qual	-.31	.37	-.28	-.09	-.49	.70	-.12	.08
Reco	-.73	.90	-.67	.91	-.51	.15	-.67	.42
BE	-.80	1.06	-.88	1.32	-.85	1.24	-.73	.57
Ade	-1.05	1.55	-1.17	2.34	-.83	.78	-1.08	1.73
Epa	-1.35	1.84	-1.34	1.76	-1.31	1.99	-1.22	1.61
Comp	-1.38	2.99	-1.42	3.64	-1.30	2.87	-.97	1.15
Rec	-.62	.34	-.52	.15	-.65	.57	-.59	.11
Vol	-.47	.19	-.55	.05	-.55	.13	-.77	1.14
EP	.46	.09	.32	-.23	.52	.25	.29	-.05
FP	.29	-.44	.15	-.51	.27	-.42	.24	-.32
LC	.77	.36	.67	.19	.76	.37	.53	.07
EE	.70	.00	.76	-.01	.69	-.17	.49	-.41
Turn	.24	-1.04	.18	-1.00	.17	-1.00	.22	-.72

Annexe 6.3 : Présentation de la syntaxe utilisée pour l'évaluation de l'impact de l'intervention, exemple pour les demandes psychologiques

```
# Contrôle des outliers, première étape
modele=lmer(K_DP_moy ~ 1 + (1|Sujet) + (1|Association) + Groupe * Temps, data=donnees)
inf=influence(modele,obs=T)
plot(inf,which="cook")
options("scipen"=100, "digits"=5)
cook=data.frame(1:length(cooks.distance(inf)), cooks.distance(inf))
colnames(cook)=c("observation","cook")
cook=cook[order(-cook$cook),]
head(cook)

# Pas d'exclusion d'observations (aucune ne présente de « gap »)
donneesCLEAN <- donnees

# Contrôle de la normalité
modele=lmer(K_DP_moy ~ 1 + (1|Sujet) + (1|Association) + Groupe * Temps, data=donneesCLEAN)
hist(residuals(modele), breaks=20, xlab="Résidus", ylab="Fréquence", main="Distribution des résidus du modèle",
col="white")
Skew(residuals(modele))
Kurt(residuals(modele))

# Contrôle de l'homoscédasticité
plot(modele)

# Observation de l'ICC
modeleICC=lmer(K_DP_moy ~ 1 + (1|Sujet) + (1|Association), data=donneesCLEAN)
summary(modeleICC)

# Estimation de la tendance quadratique
modeleAugmente=lmer(K_DP_moy ~ 1 + (1|Sujet) + (1|Association) + Groupe*poly(Temps, 2, raw=T), data=donneesCLEAN)
modeleContraint=lmer(K_DP_moy ~ 1 + (1|Sujet) + (1|Association) + Groupe*poly(Temps, 1, raw=T), data=donneesCLEAN)
anova(modeleAugmente, modeleContraint)

# Comparaison des modèles augmenté et contraint avec tendance quadratique
modeleAugmente=lmer(K_DP_moy ~ 1 + (1|Sujet) + (1|Association) + Groupe * poly(Temps, 2, raw=T),
data=donneesCLEAN)
modeleContraint=lmer(K_DP_moy ~ 1 + (1|Sujet) + (1|Association) + Groupe + poly(Temps, 2, raw=T), data=donneesCLEAN)
anova(modeleAugmente, modeleContraint)

# Comparaison des modèles augmenté et contraint sans tendance quadratique
modeleAugmente=lmer(K_DP_moy ~ 1 + (1|Sujet) + (1|Association) + Groupe * Temps, data=donneesCLEAN)
modeleContraint=lmer(K_DP_moy ~ 1 + (1|Sujet) + (1|Association) + Groupe + Temps, data=donneesCLEAN)
anova(modeleAugmente, modeleContraint)

# Étude des coefficients
summary(modeleAugmente)
```

Annexe 6.3bis : Syntaxe utilisée pour estimer la prédiction de l'épuisement professionnel à T2 par les demandes psychologiques à T1

```
# Préparer le nettoyage des données manquantes
donneesNONA<-donnees

# Pour chaque variable rentrant dans le modèle, effectuer :
variable <- "SMBM_moy_T1"
icol <- which(colnames(donneesNONA) == variable)
donneesNONA <- donneesNONA[-which(is.na(donneesNONA[icol])),]

variable <- "SMBM_moy_T2"
icol <- which(colnames(donneesNONA) == variable)
donneesNONA <- donneesNONA[-which(is.na(donneesNONA[icol])),]

# Attention, la syntaxe qui suit supprime l'ensemble des données s'il n'y a pas de valeurs manquantes.
# Aucun individu n'ayant de données manquantes sur la variable demandes psychologiques, la syntaxe ne lui a pas été
appliquée.
# variable <- "K_DP_moy_T1"
# icol <- which(colnames(donneesNONA) == variable)
# donneesNONA <- donneesNONA[-which(is.na(donneesNONA[icol])),]

# Renommer les lignes après avoir supprimé les valeurs manquantes
rownames(donneesNONA) <- seq(1:length(donneesNONA[,1]))

# Contrôle des outliers, première étape
modele=lmer(SMBM_moy_T2 ~ K_DP_moy_T1 + SMBM_moy_T1 + (1|Association), data=donneesNONA)
inf=influence(modele,obs=T)
plot(inf,which="cook")
options("scipen"=100, "digits"=5)
cook=data.frame(1:length(cooks.distance(inf)), cooks.distance(inf))
colnames(cook)=c("observation","cook")
cook=cook[order(-cook$cook),]
head(cook)

# Suppression de deux observations
donneesCLEAN <- donneesNONA
donneesCLEAN <- donneesCLEAN[-which(rownames(donneesCLEAN)=="125"),]
donneesCLEAN <- donneesCLEAN[-which(rownames(donneesCLEAN)=="33"),]

# Contrôle des outliers, deuxième étape
modele=lmer(SMBM_moy_T2 ~ K_DP_moy_T1 + SMBM_moy_T1 + (1|Association), data=donneesCLEAN)
inf=influence(modele,obs=T)
plot(inf,which="cook")
options("scipen"=100, "digits"=5)
cook=data.frame(1:length(cooks.distance(inf)), cooks.distance(inf))
colnames(cook)=c("observation","cook")
cook=cook[order(-cook$cook),]
head(cook)

# Contrôle de la normalité
modele=lmer(SMBM_moy_T2 ~ K_DP_moy_T1 + SMBM_moy_T1 + (1|Association), data=donneesCLEAN)
hist(residuals(modele), breaks=20, xlab="Résidus", ylab="Fréquence", main="Distribution des résidus du modèle",
col="white")
Skew(residuals(modele))
Kurt(residuals(modele))

# Contrôle de l'homoscédasticité
plot(modele)
```

```
# Observation de l'ICC
modeleICC=lmer(SMBM_moy_T2 ~ 1 + (1|Association), data=donneesCLEAN)
summary(modeleICC)

# Comparaison de modèles
modeleAugmente=lmer(SMBM_moy_T2 ~ K_DP_moy_T1 + SMBM_moy_T1 + (1|Association), data=donneesCLEAN)
modeleContraint=lmer(SMBM_moy_T2 ~ SMBM_moy_T1 + (1|Association), data=donneesCLEAN)
anova(modeleAugmente, modeleContraint)

# Étude des coefficients
summary(modeleAugmente)
```


Annexe 6.4 : Contrôles préalables à l'analyse de l'effet de l'interaction entre groupe et temps sur la santé au travail des aides à domicile

Variable	Exclues / N	Normalité	ICC sujet	ICC asso	Quadrat.
DP	0 / 1702	Skewness = -.22 Kurtosis = 1.17	.54	.05	Non
LD	1 / 1700	Skewness = -.54 Kurtosis = 2.03	.51	<.01	Non
Coll	0 / 1701	Skewness = .27 Kurtosis = 1.43	.54	.03	Non
TC	0 / 1701	Skewness = .26 Kurtosis = .79	.56	.05	Non
SY	0 / 1692	Skewness = -.45 Kurtosis = 1.16	.45	<.01	Non
EC	0 / 1690	Skewness = .58 Kurtosis = .61	.47	.03	Non
IC	0 / 1684	Skewness = .10 Kurtosis = .21	.47	<.01	Non
IP	0 / 1694	Skewness = -.23 Kurtosis = 1.50	.56	<.01	Non
TP	0 / 1688	Skewness = .004 Kurtosis = .58	.54	.01	Non
Qual	0 / 1699	Skewness = -.27 Kurtosis = 1.53	.48	.01	Non
Reco	0 / 1693	Skewness = -.48 Kurtosis = 1.33	.59	.01	Non
ATP	0 / 1675	Skewness = -.79 Kurtosis = 1.88	.39	.03	Non
Bénévoles	0 / 1629	Skewness = -.44 Kurtosis = 1.12	.50	.05	Non
Cadre	0 / 1666	Skewness = -.74 Kurtosis = 1.51	.48	.02	Non
Collègues	0 / 1657	Skewness = -.63 Kurtosis = 1.84	.55	.01	Non

PA	1 / 1685	Skewness = -.77 Kurtosis = 1.92	.54	.01	Non
BE	0 / 1705	Skewness = -.68 Kurtosis = 4.84	.60	<.01	Non
Ade	0 / 1704	Skewness = -.83 Kurtosis = 2.48	.49	.01	Non
Epa	0 / 1705	Skewness = -.69 Kurtosis = 3.26	.67	.02	Non
Comp	0 / 1705	Skewness = -1.10 Kurtosis = 6.06	.56	<.01	Non
Rec	0 / 1704	Skewness = -.47 Kurtosis = 1.32	.57	.01	Non
Vol	0 / 1703	Skewness = -.54 Kurtosis = 1.36	.55	<.01	Non
EP	0 / 1702	Skewness = .47 Kurtosis = 2.31	.63	.02	Non
FP	1 / 1701	Skewness = .32 Kurtosis = .98	.62	.03	Non
LC	0 / 1698	Skewness = .46 Kurtosis = 1.82	.61	<.01	Non
EE	0 / 1693	Skewness = .62 Kurtosis = .55	.50	.01	Non
Turn	0 / 1677	Skewness = .13 Kurtosis = .55	.61	.03	Non

Annexe 6.5 : Indicateurs d'asymétrie et d'aplatissement pour les analyses inférentielles des liens entre variables

Liens entre demandes psychologiques et épuisement professionnel		
VI-VD	Skewness	Kurtosis
DP _{T1} -EP _{T2}	.43	.29
DP _{T2} -EP _{T3}	.68	1.14
DP _{T3} -EP _{T4}	.09	.35
DP _{T1} -FP _{T2}	.03	.54
DP _{T2} -FP _{T3}	.57	.28
DP _{T3} -FP _{T4}	.31	.03
DP _{T1} -LC _{T2}	.48	1.65
DP _{T2} -LC _{T3}	.80	1.47
DP _{T3} -LC _{T4}	.62	.81
DP _{T1} -EE _{T2}	.52	-.10
DP _{T2} -EE _{T3}	.60	1.04
DP _{T3} -EE _{T4}	.36	-.20
Liens entre latitude décisionnelle et bien-être psychologique au travail		
VI-VD	Skewness	Kurtosis
LD _{T1} -BE _{T2}	-.21	.13
LD _{T2} -BE _{T3}	-.50	1.07
LD _{T3} -BE _{T4}	-.66	1.69
LD _{T1} -Ade _{T2}	-.78	2.18
LD _{T2} -Ade _{T3}	-.75	.97
LD _{T3} -Ade _{T4}	-.88	2.31
LD _{T1} -Epa _{T2}	-.61	1.98
LD _{T2} -Epa _{T3}	-.43	.59
LD _{T3} -Epa _{T4}	-.34	.87
LD _{T1} -Comp _{T2}	-.49	.53
LD _{T2} -Comp _{T3}	-.67	1.27
LD _{T3} -Comp _{T4}	-.65	2.10
LD _{T1} -Rec _{T2}	-.61	1.21
LD _{T2} -Rec _{T3}	-.75	2.28
LD _{T3} -Rec _{T4}	-.40	.40
LD _{T1} -Vol _{T2}	-.35	-.03
LD _{T2} -Vol _{T3}	-.48	.85
LD _{T3} -Vol _{T4}	-1.07	2.74
Liens entre collaboration et bien-être psychologique au travail		
VI-VD	Skewness	Kurtosis
Coll _{T1} -BE _{T2}	-.81	4.1
Coll _{T2} -BE _{T3}	-1.84	13.63
Coll _{T3} -BE _{T4}	-.71	1.83
Coll _{T1} -Ade _{T2}	-.75	1.90
Coll _{T2} -Ade _{T3}	-.77	.99

Coll _{T3} -Ade _{T4}	-.85	2.22
Coll _{T1} -Epa _{T2}	-.69	1.58
Coll _{T2} -Epa _{T3}	-.35	.69
Coll _{T3} -Epa _{T4}	-.35	.89
Coll _{T1} -Comp _{T2}	-1.45	7.27
Coll _{T2} -Comp _{T3}	-.67	1.31
Coll _{T3} -Comp _{T4}	-.73	2.27
Coll _{T1} -Rec _{T2}	-.63	1.32
Coll _{T2} -Rec _{T3}	-.62	.61
Coll _{T3} -Rec _{T4}	-.48	.47
Coll _{T1} -Vol _{T2}	-.64	1.00
Coll _{T2} -Vol _{T3}	-.40	.78
Coll _{T3} -Vol _{T4}	-1.06	2.80

Liens entre communication d'équipe et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Skewness	Kurtosis
TC _{T1} -BE _{T2}	-.76	3.94
TC _{T2} -BE _{T3}	-.52	1.13
TC _{T3} -BE _{T4}	-.51	1.26
TC _{T1} -Ade _{T2}	-.74	1.88
TC _{T2} -Ade _{T3}	-.80	1.11
TC _{T3} -Ade _{T4}	-.93	2.45
TC _{T1} -Epa _{T2}	-.68	1.49
TC _{T2} -Epa _{T3}	-.70	1.75
TC _{T3} -Epa _{T4}	-.35	.88
TC _{T1} -Comp _{T2}	-1.43	7.12
TC _{T2} -Comp _{T3}	-.67	1.30
TC _{T3} -Comp _{T4}	-.28	.27
TC _{T1} -Rec _{T2}	-.53	1.00
TC _{T2} -Rec _{T3}	-.64	.64
TC _{T3} -Rec _{T4}	-.48	.49
TC _{T1} -Vol _{T2}	-.62	.94
TC _{T2} -Vol _{T3}	-.39	.71
TC _{T3} -Vol _{T4}	-1.02	2.88

Liens entre synchronicité et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Skewness	Kurtosis
SY _{T1} -BE _{T2}	-.77	3.95
SY _{T2} -BE _{T3}	-1.86	13.86
SY _{T3} -BE _{T4}	-.72	1.78
SY _{T1} -Ade _{T2}	-.75	1.89
SY _{T2} -Ade _{T3}	-.74	.87
SY _{T3} -Ade _{T4}	-.76	2.15
SY _{T1} -Epa _{T2}	-.53	1.93
SY _{T2} -Epa _{T3}	-.43	.78
SY _{T3} -Epa _{T4}	-.35	.84
SY _{T1} -Comp _{T2}	-1.45	7.23

SY _{T2} -Comp _{T3}	-.57	1.04
SY _{T3} -Comp _{T4}	-.71	2.17
SY _{T1} -Rec _{T2}	-.53	1.05
SY _{T2} -Rec _{T3}	-.73	2.24
SY _{T3} -Rec _{T4}	-.48	.46
SY _{T1} -Vol _{T2}	-.58	.86
SY _{T2} -Vol _{T3}	-.41	.87
SY _{T3} -Vol _{T4}	-1.08	2.66

Liens entre coordination explicite et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Skewness	Kurtosis
EC _{T1} -BE _{T2}	-.75	3.85
EC _{T2} -BE _{T3}	-.49	1.13
EC _{T3} -BE _{T4}	-.74	1.87
EC _{T1} -Ade _{T2}	-.75	1.84
EC _{T2} -Ade _{T3}	-1.24	3.46
EC _{T3} -Ade _{T4}	-.89	2.45
EC _{T1} -Epa _{T2}	-.65	1.47
EC _{T2} -Epa _{T3}	-.36	.43
EC _{T3} -Epa _{T4}	-.41	.82
EC _{T1} -Comp _{T2}	-1.43	7.06
EC _{T2} -Comp _{T3}	-.58	1.01
EC _{T3} -Comp _{T4}	-.73	2.27
EC _{T1} -Rec _{T2}	-.57	1.19
EC _{T2} -Rec _{T3}	-.62	.62
EC _{T3} -Rec _{T4}	-.55	.40
EC _{T1} -Vol _{T2}	-.55	.92
EC _{T2} -Vol _{T3}	-.41	.74
EC _{T3} -Vol _{T4}	-1.10	2.92

Liens entre coordination implicite et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Skewness	Kurtosis
IC _{T1} -BE _{T2}	-.85	4.33
IC _{T2} -BE _{T3}	-.46	.98
IC _{T3} -BE _{T4}	-.74	1.80
IC _{T1} -Ade _{T2}	-.76	1.88
IC _{T2} -Ade _{T3}	-.71	.82
IC _{T3} -Ade _{T4}	-.72	2.15
IC _{T1} -Epa _{T2}	-.67	1.66
IC _{T2} -Epa _{T3}	-.64	1.67
IC _{T3} -Epa _{T4}	-.41	.83
IC _{T1} -Comp _{T2}	-1.46	7.44
IC _{T2} -Comp _{T3}	-.56	.93
IC _{T3} -Comp _{T4}	-.71	2.22
IC _{T1} -Rec _{T2}	-.56	1.10
IC _{T2} -Rec _{T3}	-.55	.58
IC _{T3} -Rec _{T4}	-.56	.34

IC _{T1} -Vol _{T2}	-.65	.97
IC _{T2} -Vol _{T3}	-.40	.81
IC _{T3} -Vol _{T4}	-1.06	2.71

Liens entre proactivité niveau individuel et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Skewness	Kurtosis
IP _{T1} -BE _{T2}	-.76	3.82
IP _{T2} -BE _{T3}	-.47	.99
IP _{T3} -BE _{T4}	-.69	1.75
IP _{T1} -Ade _{T2}	-.73	1.74
IP _{T2} -Ade _{T3}	-.79	.90
IP _{T3} -Ade _{T4}	-.76	2.09
IP _{T1} -Epa _{T2}	-.63	1.46
IP _{T2} -Epa _{T3}	-.49	.78
IP _{T3} -Epa _{T4}	-.33	-.93
IP _{T1} -Comp _{T2}	-1.34	6.61
IP _{T2} -Comp _{T3}	-.58	.99
IP _{T3} -Comp _{T4}	-.82	2.51
IP _{T1} -Rec _{T2}	-.63	.86
IP _{T2} -Rec _{T3}	-.74	2.13
IP _{T3} -Rec _{T4}	-.46	.59
IP _{T1} -Vol _{T2}	-.58	.90
IP _{T2} -Vol _{T3}	-.53	1.57
IP _{T3} -Vol _{T4}	-1.10	2.81

Liens entre proactivité au niveau équipe et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Skewness	Kurtosis
TP _{T1} -BE _{T2}	-.78	4.13
TP _{T2} -BE _{T3}	-.51	1.12
TP _{T3} -BE _{T4}	-.71	1.73
TP _{T1} -Ade _{T2}	-.75	2.00
TP _{T2} -Ade _{T3}	-.78	.92
TP _{T3} -Ade _{T4}	-.73	2.12
TP _{T1} -Epa _{T2}	-.51	1.94
TP _{T2} -Epa _{T3}	-.43	.51
TP _{T3} -Epa _{T4}	-.35	.96
TP _{T1} -Comp _{T2}	-1.37	6.86
TP _{T2} -Comp _{T3}	-.57	1.03
TP _{T3} -Comp _{T4}	-.71	2.24
TP _{T1} -Rec _{T2}	-.60	1.25
TP _{T2} -Rec _{T3}	-.39	.95
TP _{T3} -Rec _{T4}	-.51	.50
TP _{T1} -Vol _{T2}	-.59	.96
TP _{T2} -Vol _{T3}	-.60	1.56
TP _{T3} -Vol _{T4}	-1.10	2.83

Liens entre qualité perçue et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Skewness	Kurtosis
Qual _{T1} -BE _{T2}	-.78	4.23
Qual _{T2} -BE _{T3}	-.48	1.15
Qual _{T3} -BE _{T4}	.70	1.70
Qual _{T1} -Ade _{T2}	-.73	2.03
Qual _{T2} -Ade _{T3}	-1.32	4.10
Qual _{T3} -Ade _{T4}	-1.01	2.69
Qual _{T1} -Epa _{T2}	-.67	1.62
Qual _{T2} -Epa _{T3}	-1.49	8.74
Qual _{T3} -Epa _{T4}	-.37	.86
Qual _{T1} -Comp _{T2}	-1.42	7.02
Qual _{T2} -Comp _{T3}	-.54	1.05
Qual _{T3} -Comp _{T4}	-.73	2.17
Qual _{T1} -Rec _{T2}	-.51	1.08
Qual _{T2} -Rec _{T3}	-.52	.48
Qual _{T3} -Rec _{T4}	-.45	.43
Qual _{T1} -Vol _{T2}	-.58	.90
Qual _{T2} -Vol _{T3}	-1.10	3.87
Qual _{T3} -Vol _{T4}	-1.09	2.77

Liens entre reconnaissance perçue et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Skewness	Kurtosis
Reco _{T1} -BE _{T2}	-.71	3.77
Reco _{T2} -BE _{T3}	-1.82	13.02
Reco _{T3} -BE _{T4}	-.52	1.61
Reco _{T1} -Ade _{T2}	-.74	2.09
Reco _{T2} -Ade _{T3}	-1.25	3.92
Reco _{T3} -Ade _{T4}	-.88	2.58
Reco _{T1} -Epa _{T2}	-.52	1.81
Reco _{T2} -Epa _{T3}	-.45	.67
Reco _{T3} -Epa _{T4}	-.37	.97
Reco _{T1} -Comp _{T2}	-1.36	6.69
Reco _{T2} -Comp _{T3}	-2.35	14.83
Reco _{T3} -Comp _{T4}	-.78	2.33
Reco _{T1} -Rec _{T2}	-.53	1.12
Reco _{T2} -Rec _{T3}	-.71	2.11
Reco _{T3} -Rec _{T4}	-.41	.40
Reco _{T1} -Vol _{T2}	-.34	-.02
Reco _{T2} -Vol _{T3}	-1.08	3.68
Reco _{T3} -Vol _{T4}	-1.21	3.37

Liens entre reconnaissance perçue provenant des ATP et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Skewness	Kurtosis
RecoATP _{T1} -BE _{T2}	-.09	.45
RecoATP _{T2} -BE _{T3}	-.52	1.19
RecoATP _{T3} -BE _{T4}	-.71	1.83

RecoATP _{T1} -Ade _{T2}	- .31	.06
RecoATP _{T2} -Ade _{T3}	-1.29	3.96
RecoATP _{T3} -Ade _{T4}	-.87	2.44
RecoATP _{T1} -Epa _{T2}	-.56	1.96
RecoATP _{T2} -Epa _{T3}	-.43	.56
RecoATP _{T3} -Epa _{T4}	-.36	.93
RecoATP _{T1} -Comp _{T2}	-.48	.60
RecoATP _{T2} -Comp _{T3}	-2.36	14.89
RecoATP _{T3} -Comp _{T4}	-.73	2.24
RecoATP _{T1} -Rec _{T2}	-.51	1.03
RecoATP _{T2} -Rec _{T3}	-.75	2.32
RecoATP _{T3} -Rec _{T4}	-.42	.39
RecoATP _{T1} -Vol _{T2}	-.34	-.05
RecoATP _{T2} -Vol _{T3}	-1.09	3.71
RecoATP _{T3} -Vol _{T4}	-1.18	3.11

Liens entre reconnaissance perçue provenant des bénévoles et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Skewness	Kurtosis
RecoBéné _{T1} -BE _{T2}	-.87	4.50
RecoBéné _{T2} -BE _{T3}	-.50	1.08
RecoBéné _{T3} -BE _{T4}	-.50	1.56
RecoBéné _{T1} -Ade _{T2}	-.80	1.35
RecoBéné _{T2} -Ade _{T3}	-.74	.97
RecoBéné _{T3} -Ade _{T4}	-.81	2.49
RecoBéné _{T1} -Epa _{T2}	-.79	1.77
RecoBéné _{T2} -Epa _{T3}	-.62	1.42
RecoBéné _{T3} -Epa _{T4}	-.38	1.05
RecoBéné _{T1} -Comp _{T2}	-1.46	7.16
RecoBéné _{T2} -Comp _{T3}	-.55	1.07
RecoBéné _{T3} -Comp _{T4}	-.71	2.11
RecoBéné _{T1} -Rec _{T2}	-.63	1.23
RecoBéné _{T2} -Rec _{T3}	-.57	.51
RecoBéné _{T3} -Rec _{T4}	-.45	.38
RecoBéné _{T1} -Vol _{T2}	-.58	1.01
RecoBéné _{T2} -Vol _{T3}	-.44	.86
RecoBéné _{T3} -Vol _{T4}	-1.15	3.55

Liens entre reconnaissance perçue provenant de l'encadrement et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Skewness	Kurtosis
RecoCadr _{T1} -BE _{T2}	-.77	3.88
RecoCadr _{T2} -BE _{T3}	-.51	1.06
RecoCadr _{T3} -BE _{T4}	-.49	1.41
RecoCadr _{T1} -Ade _{T2}	-.80	2.29
RecoCadr _{T2} -Ade _{T3}	-.83	.99
RecoCadr _{T3} -Ade _{T4}	-.79	2.49

RecoCadr _{T1} -Epa _{T2}	- .55	1.80
RecoCadr _{T2} -Epa _{T3}	- .46	.60
RecoCadr _{T3} -Epa _{T4}	- .37	.93
RecoCadr _{T1} -Comp _{T2}	-1.42	6.85
RecoCadr _{T2} -Comp _{T3}	- .62	1.13
RecoCadr _{T3} -Comp _{T4}	- .73	2.11
RecoCadr _{T1} -Rec _{T2}	- .50	1.07
RecoCadr _{T2} -Rec _{T3}	- .40	.91
RecoCadr _{T3} -Rec _{T4}	- .44	.42
RecoCadr _{T1} -Vol _{T2}	- .55	.76
RecoCadr _{T2} -Vol _{T3}	- .60	1.55
RecoCadr _{T3} -Vol _{T4}	-1.20	3.49

Liens entre reconnaissance perçue provenant des collègues et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Skewness	Kurtosis
RecoColl _{T1} -BE _{T2}	- .75	3.84
RecoColl _{T2} -BE _{T3}	- .50	1.11
RecoColl _{T3} -BE _{T4}	- .73	1.87
RecoColl _{T1} -Ade _{T2}	- .76	2.07
RecoColl _{T2} -Ade _{T3}	- .82	.87
RecoColl _{T3} -Ade _{T4}	- .86	2.30
RecoColl _{T1} -Epa _{T2}	- .52	1.91
RecoColl _{T2} -Epa _{T3}	- .45	.68
RecoColl _{T3} -Epa _{T4}	- .34	.90
RecoColl _{T1} -Comp _{T2}	-1.36	6.62
RecoColl _{T2} -Comp _{T3}	- .55	.97
RecoColl _{T3} -Comp _{T4}	- .71	2.12
RecoColl _{T1} -Rec _{T2}	- .48	.94
RecoColl _{T2} -Rec _{T3}	- .55	.58
RecoColl _{T3} -Rec _{T4}	- .49	.43
RecoColl _{T1} -Vol _{T2}	- .58	.82
RecoColl _{T2} -Vol _{T3}	-1.10	3.82
RecoColl _{T3} -Vol _{T4}	-1.16	3.13

Liens entre reconnaissance perçue provenant des PA et bien-être psychologique au travail

VI-VD	Skewness	Kurtosis
RecoPA _{T1} -BE _{T2}	- .22	.16
RecoPA _{T2} -BE _{T3}	- .49	1.13
RecoPA _{T3} -BE _{T4}	- .69	1.71
RecoPA _{T1} -Ade _{T2}	- .74	2.07
RecoPA _{T2} -Ade _{T3}	-1.30	4.06
RecoPA _{T3} -Ade _{T4}	- .89	2.29
RecoPA _{T1} -Epa _{T2}	- .65	1.25
RecoPA _{T2} -Epa _{T3}	-1.80	9.79
RecoPA _{T3} -Epa _{T4}	- .32	.97
RecoPA _{T1} -Comp _{T2}	- .45	.64

RecoPA _{T2} -Comp _{T3}	- .67	1.32
RecoPA _{T3} -Comp _{T4}	- .82	2.46
RecoPA _{T1} -Rec _{T2}	- .57	1.10
RecoPA _{T2} -Rec _{T3}	- .72	2.36
RecoPA _{T3} -Rec _{T4}	- .41	.35
RecoPA _{T1} -Vol _{T2}	- .36	-.04
RecoPA _{T2} -Vol _{T3}	- .40	.76
RecoPA _{T3} -Vol _{T4}	-1.13	2.91

Liens entre épuisement professionnel et intention de quitter le poste

VI-VD	Skewness	Kurtosis
EP _{T1} -Turn _{T2}	.58	.53
EP _{T2} -Turn _{T3}	.42	.30
EP _{T3} -Turn _{T4}	.30	.26
FP _{T1} -Turn _{T2}	.51	.54
FP _{T2} -Turn _{T3}	.40	.32
FP _{T3} -Turn _{T4}	.30	.26
LC _{T1} -Turn _{T2}	.58	.55
LC _{T2} -Turn _{T3}	.42	.29
LC _{T3} -Turn _{T4}	.28	.21
EE _{T1} -Turn _{T2}	.49	.47
EE _{T2} -Turn _{T3}	.41	.30
EE _{T3} -Turn _{T4}	.29	.25

Liens entre bien-être psychologique au travail et intention de quitter le poste

VI-VD	Skewness	Kurtosis
BE _{T1} -Turn _{T2}	.50	.59
BE _{T2} -Turn _{T3}	.43	.29
BE _{T3} -Turn _{T4}	.29	.30
Ade _{T1} -Turn _{T2}	.51	.52
Ade _{T2} -Turn _{T3}	.35	.12
Ade _{T3} -Turn _{T4}	.30	.27
Epa _{T1} -Turn _{T2}	.66	.64
Epa _{T2} -Turn _{T3}	.41	.31
Epa _{T3} -Turn _{T4}	.27	.21
Comp _{T1} -Turn _{T2}	.59	.58
Comp _{T2} -Turn _{T3}	.40	.31
Comp _{T3} -Turn _{T4}	.26	.29
Rec _{T1} -Turn _{T2}	.50	.59
Rec _{T2} -Turn _{T3}	.42	.29
Rec _{T3} -Turn _{T4}	.26	.31
Vol _{T1} -Turn _{T2}	.50	.55
Vol _{T2} -Turn _{T3}	.45	.33
Vol _{T3} -Turn _{T4}	.27	.31

Annexe 7.1 : Guide d'entretien des focus groups

Effets primaires, dus uniquement à la participation aux réunions (20 min)

- 1) *Qu'est-ce que ça vous a apporté, à vous, d'avoir participé aux réunions santé au travail ?*

Relance : changements dans la façon de voir les situations à domicile, de percevoir l'association, de faire le travail, dans les relations AD/admin/béné/PA...

Effets secondaires, ayant nécessité une action post-réunions (20min)

- 2) *Qu'est-ce que la démarche santé au travail a amené comme changements dans l'association ou dans vos conditions de travail ?*

Relance : actions, modifications, évolutions amenées par la démarche au niveau du fonctionnement de l'association ou des conditions de travail. (ex en dernier recours : une asso a mis en place des équipes matin/après-midi)

Conclusion effets de la démarche (mindmap) (10-15 min)

Pour compléter vos réponses, je vais vous montrer plusieurs mots ou expressions. J'aimerais que vous me disiez si vous voyez ou non des liens entre ces thèmes et les réunions en groupe de travail.

Évaluation de l'intervention, design et implémentation de la démarche (10-15 min)

- 3) *De manière générale, qu'avez-vous pensé de la façon dont cette démarche santé au travail a été mise en place ?*

Relance : Composition du groupe

Volontariat

Implication des bénévoles

Implication de l'encadrante

Durée des réunions santé au travail

Fréquence des réunions santé au travail

Méthode d'analyse

Prise de note vidéoprojetée

Animation

Communication interne sur l'intervention

Suivi et réalisation des plans d'action

Qu'est-ce que vous feriez pour améliorer cette démarche santé au travail ?

En tant que participantes, qu'avez-vous transmis à vos collègues de ce qui s'est passé/dit dans ce groupe de travail ?

Contexte organisationnel (5min)

Depuis 2018, quels changements ou événements ont impacté votre travail, vos tâches quotidiennes ou votre planning ?

Index des tableaux

Tableau 1.1 : <i>Comparatif des finalités en termes d'actions prescrites, de tâches ciblées et de public accompagné, pour les trois catégories d'emploi d'aide à domicile selon la CCBAD</i>	21
Tableau 1.2 : <i>Comparatif des principales activités, pour les trois catégories d'emploi d'aide à domicile selon la CCBAD</i>	22
Tableau 1.3 : <i>Comparatif des trois catégories d'emploi d'aide à domicile selon les cinq critères discriminants utilisés par la CCBAD</i>	26
Tableau 1.4 : <i>Comparaison du secteur de l'aide à domicile et de l'ensemble des secteurs d'activité, sur les indices de fréquence et de gravité des AT pour l'année 2019</i>	49
Tableau 1.5 : <i>Récapitulatif des facteurs de risques physiques de la santé au travail des aides à domicile</i>	52
Tableau 1.6 : <i>Récapitulatif des déterminants organisationnels et psychosociaux de la santé au travail des aides à domicile</i>	77
Tableau 1.7 : <i>Récapitulatif des déterminants relationnels et émotionnels de la santé au travail des aides à domicile</i>	89
Tableau 1.8 : <i>Récapitulatif des déterminants normatifs de la santé au travail des aides à domicile</i>	96
Tableau 5.1 : <i>Organisation temporelle initiale de la recherche-intervention</i>	148
Tableau 5.2 : <i>Catégories de critères de sélection et d'appariement initialement envisagés</i> .	149
Tableau 5.3 : <i>Récapitulatif de l'outillage de la discussion</i>	165
Tableau 5.4 : <i>Récapitulatif des thèmes problématiques choisis</i>	170
Tableau 6.1 : <i>Organisation temporelle initiale de l'administration des questionnaires santé au travail</i>	200
Tableau 6.2 : <i>Nombre de réponses exploitables, taux d'exploitabilité et représentativité pour chaque temps de mesure</i>	201
Tableau 6.5 : <i>Indicateurs d'ajustement des analyses factorielles confirmatoires pour T1</i>	206
Tableau 6.6 : <i>Description des scores à T1 pour chaque groupe</i>	212
Tableau 6.7 : <i>Description des moyennes et écarts-types aux différentes échelles, par groupe expérimental, à chaque temps de mesure</i>	213
Tableau 6.8 : <i>Matrice des corrélations pour l'échantillon total à T1 (1)</i>	214
Tableau 6.8bis : <i>Matrice des corrélations pour l'échantillon total à T1 (2)</i>	215

Tableau 6.9 : Résultats de l'analyse de l'effet de l'interaction entre groupe et temps sur la santé au travail des aides à domicile.....	222
Tableau 6.10 : Analyse des liens entre demandes psychologiques et épuisement professionnel	230
Tableau 6.12 : Analyse des liens entre collaboration et bien-être psychologique au travail. .	232
Tableau 6.13 : Analyse des liens entre communication d'équipe et bien-être psychologique au travail.....	234
Tableau 6.14 : Analyse des liens entre synchronicité et bien-être psychologique au travail. .	235
Tableau 6.15 : Analyse des liens entre coordination explicite et bien-être psychologique au travail.....	236
Tableau 6.16 : Analyse des liens entre coordination implicite et bien-être psychologique au travail.....	237
Tableau 6.17 : Analyse des liens entre proactivité individuelle et bien-être psychologique au travail.....	239
Tableau 6.18 : Analyse des liens entre proactivité équipe et bien-être psychologique au travail	240
Tableau 6.19 : Analyse des liens entre qualité perçue et bien-être psychologique au travail	241
Tableau 6.20 : Analyse des liens entre reconnaissance perçue et bien-être psychologique au travail.....	243
Tableau 6.21 : Analyse des liens entre reconnaissance perçue provenant des ATP et bien-être psychologique au travail.....	244
Tableau 6.22 : Analyse des liens entre reconnaissance perçue provenant des bénévoles et bien-être psychologique au travail.....	245
Tableau 6.23 : Analyse des liens entre reconnaissance perçue provenant de l'encadrement et bien-être psychologique au travail.....	247
Tableau 6.24 : Analyse des liens entre reconnaissance perçue provenant des collègues et bien-être psychologique au travail.....	248
Tableau 6.25 : Analyse des liens entre reconnaissance perçue provenant des PA et bien-être psychologique au travail.....	249
Tableau 6.26 : Synthèse des liens entre ressources professionnelles et le bien-être psychologique au travail.....	251
Tableau 6.27 : Analyse des liens entre épuisement professionnel et intention de quitter le poste.....	253
Tableau 6.28 : Analyse des liens entre bien-être psychologique au travail et intention de quitter le poste.....	254

Tableau 7.1 : <i>Récapitulatif des effets primaires de l'intervention</i>	263
Tableau 7.2 : <i>Récapitulatif des effets secondaires de l'intervention</i>	281
Tableau 7.3 : <i>Récapitulatif de l'évaluation de l'intervention</i>	285
Tableau 7.4 : <i>Nombre de réponses obtenues à la question ouverte, dans chaque groupe, pour chaque temps de mesure</i>	314
Tableau 7.5 : <i>Exemple de traitement d'une réponse</i>	315
Tableau 7.6 : <i>Catégories et nombre de thèmes associés</i>	315
Tableau 7.7 : <i>Principaux thèmes de la catégorie Planification</i>	316
Tableau 7.8 : <i>Principaux thèmes de la catégorie Échanges, relations et coordination interne</i>	317
Tableau 7.9 : <i>Principaux thèmes de la catégorie Salaire</i>	317
Tableau 7.10 : <i>Principaux thèmes de la catégorie Reconnaissance</i>	318
Tableau 7.11 : <i>Principaux thèmes de la catégorie Gestion de l'association</i>	318
Tableau 7.12 : <i>Proportion de réponses faisant référence à chaque catégorie</i>	320
Tableau 7.13 : <i>Premier classement des aspects les plus pesants</i>	325
Tableau 7.14 : <i>Second classement des aspects les plus pesants</i>	327

Index des figures

Figure 1.1 : Grandes étapes de construction du secteur de l'aide à domicile.....	19
Figure 1.2 : Adaptation libre du modèle JD-R selon l'activité d'aide à domicile.....	97
Figure 4.1 : Organigramme simplifié du réseau départemental.....	141
Figure 5.2 : Diapositive présentant un cadre d'analyse du travail.....	159
Figure 5.3 : Diapositive présentant les règles de fonctionnement.....	160
Figure 5.4 : Étapes de la méthode d'analyse.....	161
Figure 5.5 : Proposition de structuration des EDD au sein du réseau.....	186
Figure 6.1 : Adaptation libre du modèle JD-R selon les concepts mesurés.....	192
Figure 6.2 : Répartition des salariées de l'échantillon dans les catégories du modèle du Job Strain, selon les médianes de l'enquête SUMER 2010.....	216
Figure 6.3 : Comparaison de l'évolution de la reconnaissance globale à chaque temps pour les groupes contrôle et test.....	224
Figure 6.4 : Comparaison de l'évolution de la reconnaissance perçue provenant des bénévoles à chaque temps pour les groupes contrôle et test.....	225
Figure 7.1 : Proportion de temps d'échange pour chaque bloc d'analyse.....	262
Figure 7.2 : Proportion d'apparition des principales catégories de T1 à T4.....	322

Titre : Santé au travail des aides à domicile : Apports et limites d'un dispositif de discussion sur le travail

Mots clés : Aide à domicile ; Débat sur le travail ; Espaces de discussion ; Santé au travail

Résumé : Le secteur de l'aide à domicile fait face à une sinistralité préoccupante, ainsi qu'à de fortes difficultés de recrutement. Il est pourtant en expansion, du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation des besoins de prise en charge de la dépendance. En parallèle, les dispositifs de discussion sur le travail forment un objet d'intérêt vers lequel convergent diverses sciences du travail. Sous différents noms, le débat sur le travail y apparaît comme un vecteur de santé et de performance pour les organisations.

La présente recherche-intervention prend place au sein d'une fédération d'associations employeuses d'aides à domicile (AD). Elle vise un double objectif de mesure de l'impact d'espaces de discussion sur le travail, et

d'approfondissement de la compréhension de la santé au travail des AD.

Un dispositif de discussion sur le travail a été expérimenté dans plusieurs structures. Une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives a été mise en œuvre, explorant la santé des professionnelles et mesurant les effets du dispositif.

Les résultats montrent des effets mitigés, au regard de la santé des AD et de la performance organisationnelle. Au croisement des méthodologies utilisées, la reconnaissance perçue et les relations internes sont les principaux prédicteurs de la santé des professionnelles.

Les perspectives de la discussion sur le travail, notamment pour le secteur de l'aide à domicile, sont discutées.

Title: Home care aides' occupational health: The benefits and limitations of a work discussion device

Keywords: Home care aides; Occupational health; Work debate; Work discussion spaces

Abstract: The home care sector faces a concerning accident rate alongside great difficulties in the recruitment area. Yet this sector is expanding due to the ageing population and the increasing needs of long-term care.

Simultaneously, diverse work sciences converge towards the same matter of interest being work discussion devices. Work debate appears under different names as a health and performance vector for organisations.

The following intervention research is based in a federation of associations employing home care aides (HCA). It encompasses two primary objectives: the measure of the impact of work discussion spaces and the deepening understanding of HCA's occupational health.

A work discussion device was therefore tested in several structures. A pairing of quantitative and qualitative methods were implemented in order to explore professionals' health and to measure the effects of the device.

The results reveal the mixed effects of the device regarding HCA's health and organisational performances. At the intersection of all the methods that were used, perceived recognition and internal relations are the main predictors of the professionals' health.

The work discussion perspectives especially regarding the home care sector are discussed.