

Etude ergonomique pour la prévention du risque routier professionnel dans l'économie sociale et solidaire

Etude réalisée dans le cadre d'un partenariat :



Rédaction :

> **Perrine Pécot & Laurent Van Belleghem**, ergonomes, OMNIA intervention ergonomique



Avec le soutien de :



SOMMAIRE

PREAMBULE	3
INTRODUCTION	5
CHAPITRE 1 : CONDUIRE AU TRAVAIL.....	8
1.1. L'activité de conduite : une activité de travail.....	8
1.2. Conduire au travail : une activité cadrée par un contrat	9
Conduire personnellement.....	9
Conduire professionnellement	10
Territoire de l'entreprise et empreinte territoriale	13
Le territoire professionnel du salarié.....	13
Les logiques de déplacement professionnel	14
CHAPITRE 2 : CONDUIRE EN HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)	15
2.1. Une politique volontariste de réduction des coûts de l'hospitalisation classique par le recours à l'HAD	15
2.2. Des exigences réglementaires et un mode de financement structurants	15
2.3. Une augmentation des demandes à laquelle il s'agit de faire face	17
2.4. Organisation des HAD : une pluridisciplinarité à construire.....	17
2.5. HAD A : un système de régulation de l'activité, ressource pour l'organisation des déplacements	20
L'organisation du HAD A	20
Des régulations multiples : causes et effets des cercles vertueux	22
2.6. HAD B : un manque de moyens à l'origine de contraintes pour l'appropriation du territoire	24
Organisation du HAD B	24
Cercle vicieux : identification des déterminants impactant l'activité de coordination	25
CHAPITRE 3 : CONDUIRE EN SOINS A DOMICILE (SSIAD)	28
3.1. Le développement des soins à domicile, un enjeu de société	28
3.2. Une prise en charge limitée et variable d'un département à l'autre	28
3.3. L'organisation des SSIAD : articulation de différents pôles fonctionnels pour une offre de soins permettant le maintien à domicile des patients.....	29
3.4. SSIAD A : un service déployé sur un secteur montagneux et frontalier de la Suisse	31
Organisation du SSIAD A	31
Un manque d'attractivité du poste à l'origine d'un cercle vicieux	32
Un développement de stratégies et de savoirs faire locaux dans un contexte contraint	33

3.5. SSIAD B : un service de soins à domicile déployé en secteur urbain	35
Organisation du SSIAD B	35
Un écart entre la rémunération et le coût de la vie creusé par l'entretien du véhicule	36
Le développement de stratégies et de savoirs faire locaux dans un contexte contraint	37
CHAPITRE 4 : CONDUIRE EN AIDE A DOMICILE (SAAD).....	39
4.1 Une offre de service en évolution	39
4.2 Un décalage entre l'augmentation des besoins et les moyens pour y répondre	39
4.3 L'organisation au sein des structures d'aide à domicile	41
Des modalités de gestion des déplacements dépendantes du statut des intervenants	41
L'articulation de trois pôles fonctionnels distincts pour répondre aux besoins des bénéficiaires	42
4.4 Le SAAD A : une recherche d'alternatives dans un contexte défavorable.....	45
Des injonctions paradoxales impactant le métier et l'activité des aides à domicile	45
La construction progressive d'une organisation offrant des possibilités de régulations	46
4.5 Le SAAD B : un système ne permettant pas toujours l'accès au réel du terrain	49
L'impact des restrictions budgétaires sur la qualification des ressources et les modalités de déplacements	49
Un retour d'expérience mis à mal par le manque d'échanges entre aide à domicile et responsable de secteur	51
Une activité en tension entre respect de la prescription et réalisation d'une aide effective	52
La télégestion : outil ou frein pour l'intervention ?	53
CHAPITRE 5 : POUR UNE POLITIQUE DE PREVENTION DU RISQUE ROUTIER PROFESSIONNEL DANS L'ESS.....	55
5.1. Du diagnostic à l'identification de leviers d'actions.....	55
Synthèse du diagnostic	55
5.2. Les leviers d'action : détail des propositions.....	59
Agir sur le contrat de service	59
Agir sur la gestion	60
Agir sur les ressources humaines	61
Agir sur l'organisation du travail.....	62
Agir sur le management	63
Agir sur les outils	64
Agir sur les véhicules	64
CONCLUSION.....	66
GLOSSAIRE.....	67

Préambule

CHORUM est la mutuelle de protection sociale complémentaire dédiée aux acteurs de l'économie sociale et solidaire (ESS). A ce titre, elle met en œuvre les garanties de prévoyance collective de plus de 600 000 assurés du secteur. Face à cette responsabilité, CHORUM a souhaité aller plus dans son engagement en faveur de l'ESS et contribuer davantage à son développement en créant, en 2006, CIDES, Chorum Initiatives pour le Développement de l'Economie Sociale, son centre de ressources et d'actions au service des professionnels du secteur pour favoriser le développement de l'emploi de qualité.

CIDES a conduit de nombreux projets visant à développer la connaissance sur les risques professionnels dans l'économie sociale et des outils et démarches adaptées au secteur et à son contexte. La prévention des risques professionnels, dans l'économie sociale, prend en effet une dimension particulière :

- du fait des enjeux humains liés aux valeurs de l'économie sociale,
- du fait de la nécessité d'un bon fonctionnement des organisations, pour mener à bien les projets associatifs qui fondent l'action des structures,
- du fait de l'importance de situations à risques, liées aux moyens matériels et humains limités pour bon nombre de structures, de l'implication forte des salariés dans le projet, qui les conduit à minorer certains risques, des relations avec des publics en difficultés, etc.

Or, le risque routier est l'un des risques importants présent de façon transversale dans de nombreuses branches professionnelles de l'économie sociale, qu'il s'agisse bien entendu de l'aide et des soins à domicile, mais également du secteur sanitaire et médico-social, des centres sociaux, de l'animation, du tourisme social, etc. Qu'il s'agisse de déplacements entre deux missions, de transport d'usagers, de visites de particuliers ou de collectivités, l'inscription dans l'environnement local des activités de l'économie sociale implique presque toujours une part de déplacements.

Le projet « Le risque routier professionnel dans l'économie sociale : comprendre pour agir » a été initié par CIDES afin de contribuer à l'accompagnement des adhérents de Chorum et plus largement des branches professionnelles de l'économie sociale en matière de prévention du risque routier, de diminuer les accidents de la route survenus dans le cadre des missions réalisées par les salariés de l'économie sociale et de contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité de vie au travail.

Dans un premier temps, en partenariat avec la FNATH et la CRAMIF, qui ont contribué au financement de ce projet, et avec le soutien de l'ANACT, de Générations Mutualistes, de l'UNA et de l'UGEM, nous avons souhaité mieux cerner les caractéristiques de l'activité de conduite dans les métiers de l'économie sociale, en terme d'organisation des associations, de service envers des usagers, de rapport au travail et à la conduite des salariés, de déterminants des situations à risques, de pratiques de prévention individuelles et collectives, etc., pour, dans

un second temps, identifier des démarches de prévention pertinentes et construire des outils de prévention à diffuser dans nos secteurs.

Cette première étape d'études de terrain a pu être réalisée grâce à l'engagement de plusieurs structures associatives et mutualistes, que je remercie ici.

Elle a permis d'identifier les différents éléments qui ont un impact sur le risque routier professionnel, qui vont du véhicule, bien entendu, à la politique de gestion des ressources humaines, en passant par l'organisation du travail, les outils de coordination, etc.

Disposer d'une vision globale sur ces éléments permet d'aller jusqu'à une réflexion fine sur les leviers d'action. Les observations menées montrent que, malgré les contraintes fortes dans lesquelles se trouvent les différents secteurs d'activité de l'ESS, notamment en termes de financements, des marges de manœuvre existent.

Cette étude est une première étape, qui nous permettra ensuite, avec les partenaires du projet « Le risque routier professionnel dans l'économie sociale : comprendre pour agir », de développer des outils pratiques pour les structures.

D'ores et déjà, elle constitue un point d'appui essentiel pour comprendre les déterminants du risque routier professionnel dans l'économie sociale, et mettre en place des démarches de prévention adaptées, efficaces et pérennes.

Nous vous en souhaitons bonne lecture.

Brigitte LESOT
Directrice Générale
CHORUM - CIDES

Introduction

L'économie sociale et solidaire (ESS) emploie plus de 2 millions de salariés répartis dans environ 200 000 structures, associations, coopératives, mutuelles, fondations... Elle représente aujourd'hui près de 10% de la population active en France.

CHORUM est la mutuelle de protection sociale complémentaire dédiée aux acteurs de l'économie sociale et solidaire (ESS). Pour appuyer son action, elle a créé le centre de ressources et d'actions CIDES (Chorum Initiatives pour le Développement de l'Economie Sociale) visant à promouvoir, soutenir et accompagner le secteur de l'ESS, notamment en matière de prévention des risques professionnels et de promotion de la santé au travail. Une de ses missions consiste ainsi à outiller les entreprises et les branches pour un « emploi de qualité ».

De par sa mission orientée principalement sur la relation de service, l'ESS recourt de manière importante à la conduite motorisée, que ce soit pour le déplacement des professionnels vers les bénéficiaires du service (aide et soin à domicile, visites médicales, hospitalisation à domicile, etc.), le transport d'usagers (centres sociaux, établissements et services médico-sociaux...) ou encore la prospection (commerciaux mutualistes). Le risque routier professionnel est de fait l'un des risques importants du secteur. Or, « si la bonne volonté des structures en matière de prévention ne peut être mise en doute, les actions menées se résument souvent à un rappel au Code de la Route¹ ».

C'est dans ce cadre que CIDES a souhaité engager un travail de réflexion sur la prévention du risque routier professionnel des salariés de l'ESS par la réalisation d'une étude ergonomique portant sur les activités de conduite professionnelle dans différentes branches. Ce travail a consisté à aider CIDES et ses partenaires (FNATH, UNA, UGEM, Générations Mutualistes, CRAMIF, ANACT) à construire, à partir d'une compréhension des activités de travail nécessitant des déplacements motorisés dans l'espace public, une approche et des pistes de prévention du risque routier professionnel dans l'ESS diffusables auprès de leurs adhérents.

L'objectif annoncé de CIDES était de « *mieux cerner les caractéristiques de l'activité de conduite dans les métiers de l'économie sociale, en termes d'organisation des associations de service envers des usagers, de rapport au travail et à la conduite des salariés, de déterminants des situations à risques, de pratiques de prévention individuelles et collectives, etc. pour, dans un second temps, identifier des démarches de prévention pertinentes et construire des outils de prévention à diffuser dans les secteurs²* ». Le point de vue attendu ne devait donc pas s'arrêter à la sensibilisation et la responsabilité des conducteurs pris isolément, suivant l'approche classique de la prévention sur la sécurité routière. Il devait au contraire adopter une perspective plus large considérant l'activité de conduite professionnelle comme une activité de travail³, en mettant l'accent sur la responsabilité collective de l'entreprise

¹ Courriel du 23 novembre du chef de projet prévention de CIDES à OMNIA

² Ibidem

³ Le point de vue qui sera adopté ici s'inscrit dans la lignée des travaux du séminaire de recherche ACAT (Activité de Conduite-Activité de Travail) mis en place par le Comité de pilotage national pour la prévention du risque routier professionnel (cf. Hubault, 2011).

suivant les principes généraux de prévention des risques professionnels du code du travail. Le point de vue retenu est explicité dans le premier chapitre de ce rapport, nommé « conduire ».

L'étude a été conduite au sein d'un Comité de pilotage regroupant les représentants des différents partenaires engagés dans l'étude :

- Emmanuelle Paradis, Chef de Projet Prévention et Santé au Travail de CHORUM-CIDES,
- Dominique Ribet, Administratrice CHORUM et auxiliaire de vie EOVI,
- Arnaud de Broca, secrétaire général, Fédération nationale des accidentés de la vie (FNATH),
- Ghislain Tobie, Animateur développeur PA-PH, Générations mutualistes, réseau Famille de la Mutualité Française,
- Julien Tonner, Ingénieur Conseil, Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France (CRAMIF),
- Julie Lorton, responsable emploi à la Direction Générale de l'Union nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux domiciles (UNA),
- Marie-Benoîte Sanglerat, chargée de mission, département Santé et Travail de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT),
- Christine Di Costanzo, délégué générale de l'union des groupements des employeurs mutualistes (UGEM).
- Philippe Gallois, représentant de la Prévention routière formation,
- Perrine Pécot et Laurent Van Belleghem, ergonomes associés à OMNIA intervention ergonomique.

Les activités de l'ESS étant très diversifiées, il a été proposé de réaliser des analyses dans trois secteurs significatifs et dont l'essor actuel renforçait l'intérêt pour l'étude : l'hospitalisation à domicile, le soin à domicile et l'aide à domicile. Deux établissements de chaque secteur ont été retenus pour réaliser les analyses ergonomiques. Celles-ci ont été restituées dans chacun des établissements avant d'être présentées au Comité de pilotage. Elles sont détaillées dans les chapitres 2, 3 et 4 respectivement nommés : « conduire en Hospitalisation à Domicile », « conduire en Soins à Domicile », « conduire en Aide à Domicile ». Un certain niveau de généralisation a été donné aux analyses pour que les autres secteurs d'activité de l'ESS puissent en tirer bénéfice dans leur propre champ d'action.

La mise en discussion de ces analyses a permis l'élaboration de pistes d'action sur un champ large de déterminants à l'échelle de l'établissement : le véhicule et ses équipements bien sûr, mais aussi les outils de travail, les modalités de management, l'organisation du travail, la stratégie de ressources humaines, les modèles gestionnaires mis en œuvre, et jusqu'à la définition du contenu de la mission de service auprès des bénéficiaires. Ces pistes concernent en premier lieu les chefs d'établissements de l'ESS, qui doivent en trouver une interprétation singulière au sein de leur propre structure. Elles sont présentées au chapitre 5, nommé « pour une politique de prévention du risque routier professionnel dans l'ESS ».

Ces pistes sont complétées d'une réflexion ouverte sur la nécessité d'agir sur certains macro-déterminants à l'échelle de l'environnement économique et réglementaire : le cadre légal, le territoire, le code de la route, les conventions collectives, et jusqu'aux modèles économiques sous-jacents aux représentations des acteurs de l'ESS et de la société civile. Ces réflexions

s'adressent plus particulièrement aux acteurs politiques et sociaux qui pourront se sentir concernés par la problématique développée.

Chapitre 1 : Conduire au travail

L'activité de conduite professionnelle, qu'elle concerne les métiers *de* la route (routier, coursier, transport de personnes...) ou les métiers *sur* la route (commercial, technicien de maintenance, représentant, soignant à domicile...), est une activité de travail.

Pour autant, les salariés évoluant hors des murs de l'entreprise, dans l'espace public, au volant d'un véhicule grand public, et dans le respect de règles acquises dans un contexte privé (l'auto-école), il n'est pas toujours aisé de rendre compte de la spécificité de l'activité de conduite professionnelle comme activité de travail. L'employeur, notamment, peut ne pas se sentir concerné par le problème des risques encourus par ces salariés, considérant qu'il s'agit d'un problème de comportement individuel dans le cadre des règles définies par le code de la route et non par lui.

Pour aborder la question de la prévention du risque routier professionnel, il est donc nécessaire de comprendre en quoi l'activité de conduite réalisée au cours du travail est, en soi, une activité de travail. Entendue comme telle, elle renvoie de fait l'employeur aux obligations qui sont les siennes en termes d'évaluation et de prévention des risques professionnels (cf. art. Article L4121-1 du code du travail) au même titre que n'importe quel autre risque.

1.1. L'activité de conduite : une activité de travail

La conduite d'un véhicule automobile est une *activité* complexe. En tant que telle, elle peut être comprise et observée selon des angles différents qui amènent à des approches diverses de la prévention du risque routier. Cependant, un point commun à la majorité de ces approches est qu'elles envisagent généralement l'activité de conduite du strict point de vue individuel : le conducteur au volant de son véhicule est autonome, entièrement maître de ses faits et gestes et entièrement responsable de son « comportement » de conduite.

Or, on peut avancer l'hypothèse que l'activité de conduite dans un cadre professionnel se distingue nettement de l'activité de conduite réalisée dans un cadre personnel. Non que les dimensions comportementale, physiologique, cognitive, symbolique ou sociale présentes dans la conduite personnelle ne le soient plus dans la conduite professionnelle ! Mais celles-ci s'articulent selon d'autres exigences, intégrées à une activité de travail plus large que l'activité de conduite, soumettant cette dernière, de fait, à ses contraintes propres.

Le risque que l'on perçoit alors est que la conduite, strictement soumise aux contraintes du travail, ne soit plus dès lors qu'une variable d'ajustement dans la poursuite d'objectifs qui lui sont extérieurs et deviennent de ce fait rapidement accidentogènes.

On observe souvent, face à ce risque, qu'un des enjeux du salarié-conducteur est de faire de la conduite une ressource au service de la réalisation de son travail. Il s'opère ainsi un retournement, où la conduite s'intègre à l'activité de travail comme une plus-value dans la poursuite des enjeux professionnels du salarié-conducteur. Dès lors, l'activité de conduite professionnelle n'est plus assimilable à la conduite personnelle : elle devient une activité professionnelle construite en situation professionnelle, articulant entre eux des enjeux

d'efficacité et de sécurité dans la poursuite d'objectifs professionnels. L'activité de conduite au travail devient le creuset de compétences professionnelles particulières, non limités à des compétences de conduite d'un véhicule, mais orientée vers la maîtrise de situations de travail dont la conduite d'un véhicule fait partie intégrante.

Encore faut-il que ce retournement s'opère et qu'il se maintienne pour tous les salariés-conducteurs. Autrement dit, il appartient à l'entreprise de mettre en place les conditions permettant :

- le développement de compétences de *conduite au travail* de ses salariés-conducteurs. C'est un enjeu de *formation professionnelle*,
- la mise en œuvre effective de ces compétences, dans un système de travail qui pourrait les limiter ou les empêcher. C'est un enjeu de *prescription du travail* (en termes de tâches, d'objectifs, d'organisation, de management, de planification, etc.) conçue pour garantir à tout moment les moyens et les marges de manœuvre suffisantes au salarié-conducteur pour gérer efficacement et en sécurité les diverses situations de conduite professionnelle qu'il est amené à rencontrer.

En soi, les deux exigences ci-dessus relèvent d'un *programme de prévention* pour les entreprises souhaitant s'engager dans la prévention du risque routier professionnel de ses salariés-conducteurs.

Pour donner du contenu à ce programme de prévention, l'analyse de l'activité de conduite entendue comme une activité de travail est nécessaire. Elle doit permettre notamment d'accéder aux logiques professionnelles qui la traversent, tant du point de vue des logiques développées par les professionnels (ici de l'ESS) en situation (*donner du soin vs prendre soin*, gestion des aléas, gestion des cas « lourds », etc.) que des logiques d'organisation des structures qui les emploient (planification des rendez-vous, moyens attribués, soutien, marges de manœuvre, etc.) et de ce qui, éventuellement, structure ces organisations (logiques de branches, cadre légal, etc.).

1.2. Conduire au travail : une activité cadrée par un contrat

L'activité de conduite au travail, on l'a évoqué, se différencie de l'activité de conduite personnelle. Il est utile de préciser sur quoi portent ces différences et comment l'activité de conduite au travail, notamment, peut être abordée afin de savoir :

- identifier ses **déterminants** sur lesquels il sera ensuite possible d'agir (leviers de prévention)
- identifier ses effets, en reconnaissant qu'ils sont multiples (effets sur la sécurité, l'efficacité, l'environnement...) et nécessairement imbriqués les uns avec les autres.

Conduire personnellement

L'activité de conduite personnelle est caractérisée par *l'autonomie* qu'a le conducteur dans le choix de :

- l'objectif de son déplacement
- les moyens utilisés pour cela (véhicule privé, cartes routières, GPS...)
- les conditions du déplacement (horaires, etc.).

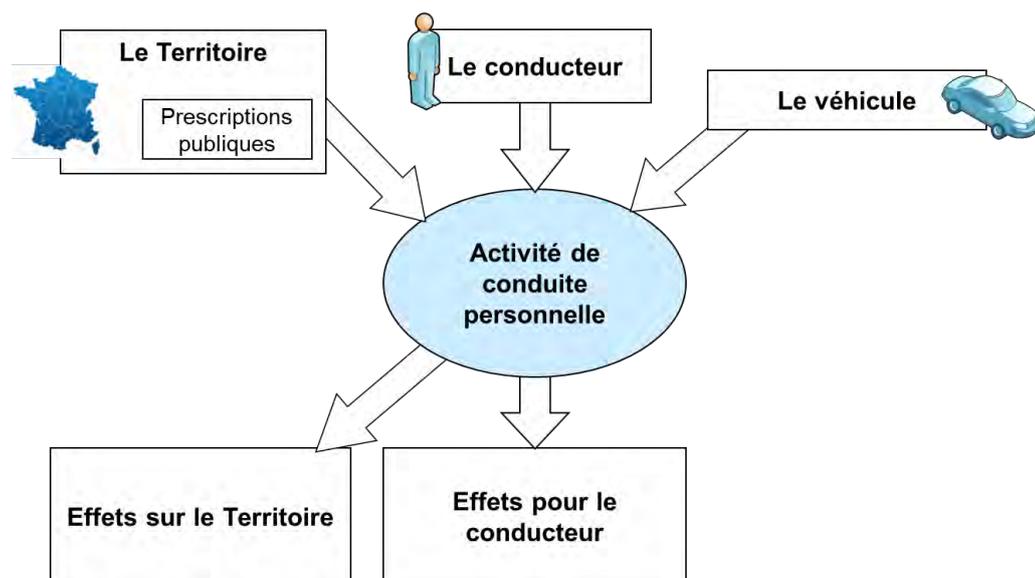
Bien sûr, des contraintes peuvent subvenir et limiter ces choix (horaires de déplacement modifiés par exemple) mais ces contraintes ne sont pas pour autant des prescriptions d'autrui. Autrement dit, dans la conduite personnelle, *le conducteur a le choix des moyens à utiliser pour atteindre les objectifs qu'il s'est lui-même fixés et pour faire face aux contraintes qui se présentent à lui*. Seul le cadre réglementaire (code de la route) vient prescrire l'activité de conduite personnelle, mais cette prescription porte uniquement sur les règles d'usage de la route, non sur les objectifs, les moyens ou les conditions du déplacement en question.

Dans ce cadre, l'activité de conduite est déterminée par :

- **le Territoire (réseau routier national) et les prescriptions publiques (code de la route)** qui lui sont associées,
- **le conducteur** (son âge, ses capacités physiques et cognitives, sa maîtrise des compétences de conduite, son état de santé, son état de fatigue instantané, etc.),
- **le véhicule** (le type de véhicule, son état général, sa maniabilité, etc.).

L'effet principal de l'activité de conduite est le déplacement d'un point A à un point B du conducteur. D'autres effets portent sur le Territoire (pollution, risques pour les autres, citoyenneté, etc.).

Figure 1 : Déterminants et effets de l'activité de conduite personnelle



Conduire professionnellement

L'activité de conduite professionnelle est caractérisée par un fait majeur : le conducteur, en tant que salarié, est lié à son entreprise par un contrat de travail qui induit (par définition du contrat de travail) un *lien de subordination*.

En conséquence, l'entreprise affecte des tâches au collaborateur qui vont définir :

- **les objectifs** du travail (objectifs de vente, de qualité, de délai...),
- **les moyens** pour atteindre les objectifs (moyens organisationnels et techniques – dont le choix du véhicule ou les conditions de son défraiement),

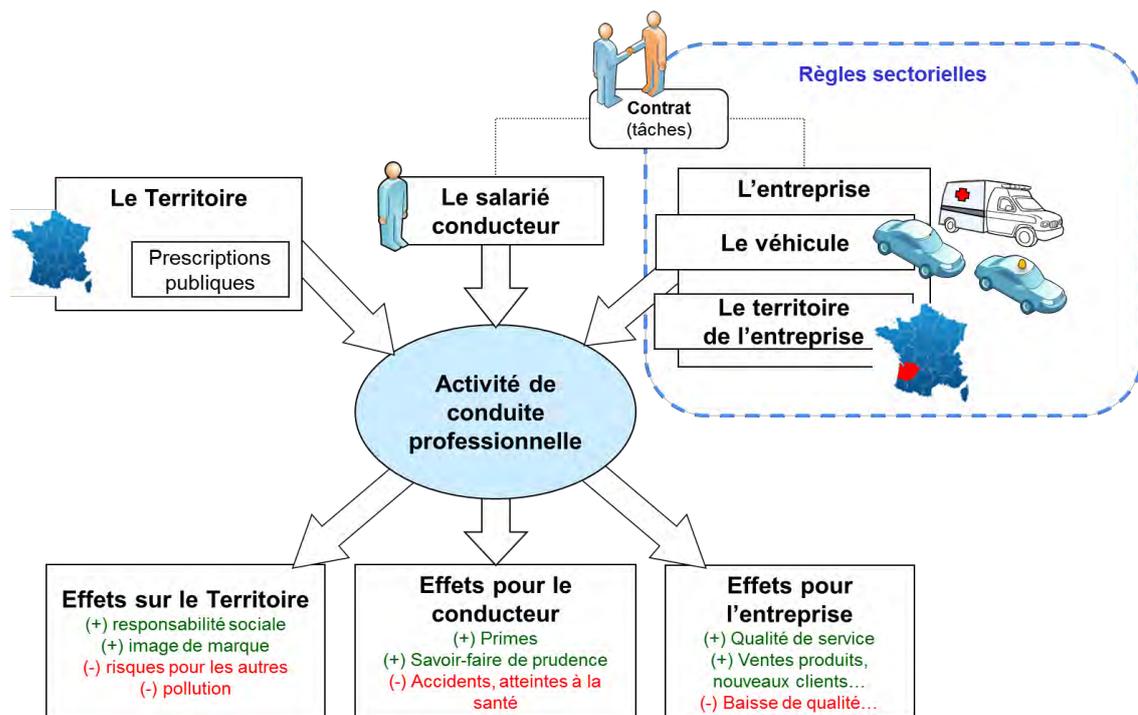
- **les conditions** dans lesquelles se déroulera l'activité de travail (horaires de travail, périodes de charge liées à l'activité, etc.).

Autrement dit, l'activité du salarié n'est plus entièrement autonome mais doit être reconnue comme *hétéronome*, dans la mesure où les choix d'objectifs, de moyens et de conditions sont prescrits, directement ou indirectement, par autrui, en l'occurrence l'entreprise.

Dans ce contexte, l'activité de conduite est déterminée par :

- **le Territoire (réseau routier national) et les prescriptions publiques (code de la route)** qui lui sont associées,
- **le salarié**, et plus globalement la population de salariés-conducteurs de l'entreprise, qu'il s'agit donc de caractériser (pyramide des âges et d'ancienneté, état de santé, qualifications, maîtrise des savoir-faire professionnels de conduite, etc.)
- **l'entreprise**, intégrant notamment toutes les prescriptions relatives aux missions à réaliser (politique de développement de l'entreprise, objectifs affichés, organisation du travail mise en place, moyens techniques affectés, modalités de management, politique de formation, politique RH, etc.), mais aussi :
 - **le véhicule**. Celui-ci peut appartenir à l'entreprise ou au salarié, mais il s'intègre nécessairement dans un cadre prescriptif (le véhicule doit être adapté au type d'activité exercée, permettant un remboursement des frais par l'entreprise, qui intègrent théoriquement les coûts d'entretien, de maintenance et de renouvellement rapportés au kilométrage parcouru).
 - **le territoire de l'entreprise** sur lequel elle développe son service. A l'échelle du salarié, les contours de ce territoire sont souvent définis précisément (sectorisation). L'activité de conduite ne se déroule pas, dès lors, dans un espace public désincarné, mais bien dans un territoire particulier.

Figure 2 : Déterminants et effets de l'activité de conduite professionnelle



Les effets de l'activité de conduite professionnelle sont multiples.

Les effets pour l'entreprise sont les premiers attendus. Ils sont envisagés le plus souvent en termes de production de service : soin à domicile pour un aide-soignant, vente de produits pour un commercial, placement de produits bancaires pour un conseiller bancaire, maintenance réalisée pour un technicien de maintenance de chaudières, etc. Cet apport est envisagé a minima selon des critères de qualité (réalisation effective du service proposé) mais bien souvent aussi selon des critères quantitatifs (nombre de patients visités, nombre de clients prospectés, nombre de produits vendus, nombre de clients satisfaits, etc.).

Les effets de l'activité de conduite pour le salarié-conducteur peuvent prendre plusieurs formes. Concernant les effets souhaités, il peut s'agir par exemple de primes (enjeu formalisé) ou de développement de savoir-faire professionnels (enjeu rarement formalisé). Mais des effets non souhaités sont aussi possibles : l'accident routier en fait bien sûr partie, de même que diverses atteintes à la santé (maux de dos par exemple).

Les effets de l'activité de conduite sur l'environnement sont plus souvent évoqués dans leurs aspects négatifs : émission de gaz à effets de serre, risques pour les autres usagers de la route... Or, on peut penser que les entreprises auraient intérêt, non seulement à limiter ces impacts négatifs, mais aussi à valoriser les impacts positifs de leur « présence » sur les routes. Pour une structure de soins à domicile par exemple, la possibilité de couvrir un territoire par la « présence » importante d'aides-soignants sur les routes peut être considérée comme une garantie de soin pour les populations qui y vivent.

Ce dernier exemple laisse entrevoir les possibilités de faire converger entre eux, via l'activité de conduite considérée comme activité de travail, des dimensions a priori divergentes : la dimension *économique* (qualité des soins aux bénéficiaires), la dimension *sociale* (prévention du risque routier professionnel) et la dimension *environnementale* (offre de service adaptée au territoire). Ces trois dimensions sont celles évoquées dans les approches de Développement Durable et reprises dans les démarches de Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE).

La conduite professionnelle, différenciée ainsi de la conduite personnelle, peut devenir un enjeu fort de développement pour l'entreprise, dès lors qu'elle sait envisager ensemble ses différents effets. Il lui faut pour cela savoir agir pertinemment sur les déterminants de l'activité de conduite, dont la majorité sont, de fait, directement de son ressort : organisation du travail, moyens techniques et informatiques, management, politique RH, formation, etc.

1.3. Conduire au travail : une activité située dans un territoire

Les logiques de conduite professionnelle identifiées sont toujours liées à des organisations mises en œuvre par les entreprises et orientées par une finalité « d'exploitation » de leur territoire d'activité, cette exploitation étant réalisée par leurs salariés. Il faut donc différencier le territoire couvert par l'entreprise de celui couvert par le salarié. On parlera respectivement de *territoire de l'entreprise* et de *territoire professionnel* du salarié.

Par ailleurs, les logiques d'exploitation du territoire professionnel par le salarié déterminent des logiques d'organisation des déplacements au sein de ce territoire. Deux logiques principales ont pu être identifiées dans l'étude menée dans l'ESS : une logique de rayonnement et une logique de tournée, celles-ci pouvant être parfois mixtes ou prendre des formes différentes. Elles sont présentées ci-après.

Territoire de l'entreprise et empreinte territoriale

Le territoire de l'entreprise représente le territoire couvert par son offre de service. Ses contours sont donc souvent bien définis. L'entreprise y a le plus souvent installé ses propres structures de fonctionnement (siège, agences, antennes, dépôts, etc.) selon une stratégie historique de développement de son offre et des moyens associés. De ce fait, elle marque le territoire de son empreinte. On parlera d'*empreinte territoriale* de l'entreprise pour désigner l'ensemble du territoire couvert par l'entreprise et des moyens qu'elle y a développés.

Par exemple, l'offre de service d'un des SSIAD observés s'étend à un département complet, ce territoire lui étant attribué par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dont elle dépend. Pour répartir au mieux son offre de service sur ce département, le SSIAD a réparti ses effectifs sur cinq antennes en plus de son siège, ce dernier intégrant aussi les fonctions support administratives et financières de la structure (figure 3).

Cette répartition des moyens n'est pas le fruit du hasard : elle est le résultat d'un choix organisationnel visant à organiser au mieux le maillage du territoire en répartissant ses ressources au plus près des bénéficiaires. Ce choix aurait pu être différent : on comprend alors que de ce choix vont dépendre les conditions de déplacement des salariés sur le territoire, qui en seront plus ou moins facilités. On aura donc intérêt, lors des analyses, à comprendre les logiques organisationnelles qui sont sous-tendues par l'empreinte territoriale de l'entreprise. On ne s'interdira pas non plus, au moment d'envisager des actions de prévention, à faire de l'empreinte territoriale de l'entreprise un des leviers d'action possibles (y compris en matière de politique patrimoniale par exemple).

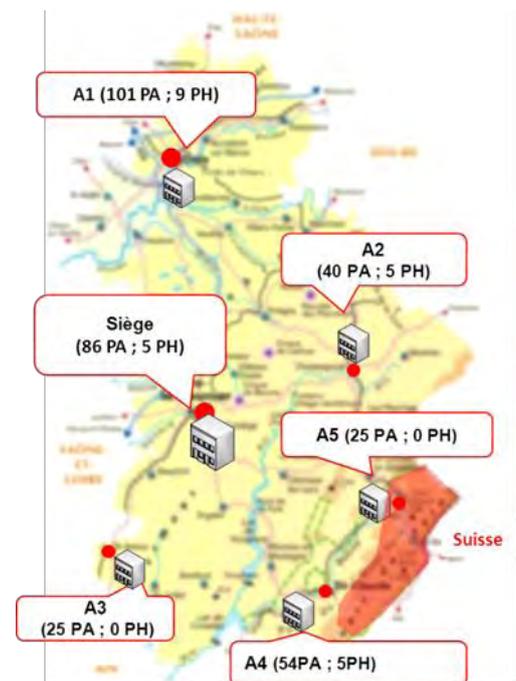
Le territoire professionnel du salarié

Le territoire professionnel du salarié-conducteur représente le territoire qu'il est chargé par son entreprise « d'exploiter » à partir de son lieu d'attache permanent : agence, siège, domicile...

L'affectation d'un territoire par l'entreprise au salarié est ici la conséquence directe du travail d'organisation qu'elle se doit de mettre en place pour exploiter son territoire. En d'autres termes, la *division du travail* prend la forme, ici, d'une *division du territoire*.

Le territoire professionnel est donc une prescription de l'entreprise, qui se différencie nettement de l'environnement (routier, météorologique...) et détermine de manière importante l'activité de conduite des salariés-conducteurs.

Figure 3 :
Empreinte territoriale du SSIAD A



Les logiques de déplacement professionnel

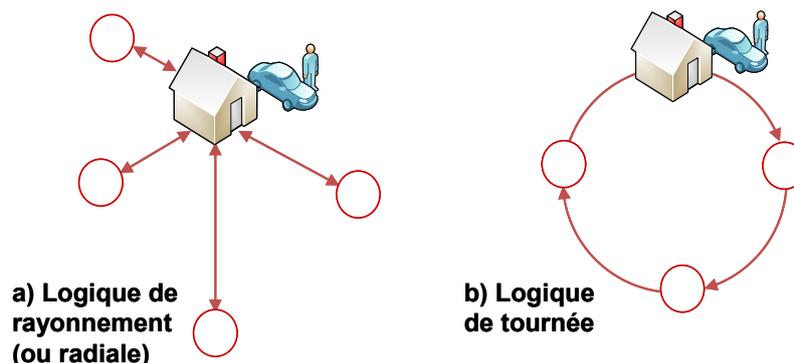
Les déplacements des salariés au sein des territoires professionnels ne sont évidemment pas réalisés au hasard ou au coup par coup au fur et à mesure des besoins du salarié : ils sont fortement organisés en réponse aux besoins d'exploitation optimale du territoire et selon des logiques le plus souvent prescrites par l'entreprise. Plusieurs logiques de déplacement ont pu être observées. Dans l'ESS, deux logiques se démarquent plus particulièrement :

- la logique de rayonnement (ou logique radiale),
- la logique de tournée.

La *logique de rayonnement* (figure 4) renvoie à des déplacements réalisés en aller-retour depuis un point central (le point d'attache permanent du salarié) vers des lieux d'activité extérieurs (patients, bénéficiaires...).

La *logique de tournée* (figure 4) renvoie à des déplacements réalisés de lieu d'activité en lieu d'activité (patients, bénéficiaires...), décrivant ainsi un circuit depuis un point de départ qui peut être le lieu de travail permanent (la structure, le domicile personnel...) jusqu'à un point d'arrivée, fréquemment confondu avec le point de départ, le circuit formant alors une tournée.

Figure 4 : les deux principales logiques de déplacement professionnel identifiées dans l'ESS



Les pratiques de conduite professionnelle vont ainsi se développer au carrefour de ces trois notions que sont *le territoire* de l'entreprise, *le territoire professionnel* du salarié et *la logique de déplacement* propre à l'exploitation du territoire par l'entreprise.

On notera cependant que, si elles structurent l'activité de conduite, ces trois notions ne sont pour autant pas exclusives des autres déterminants de l'activité de conduite - les caractéristiques de la tâche, les objectifs de l'entreprise, les éléments de salaire, les modes de management, etc., qu'il s'agit bien sûr d'intégrer dans une analyse globale de l'activité de conduite professionnelle.

Chapitre 2 : Conduire en hospitalisation à domicile (HAD)

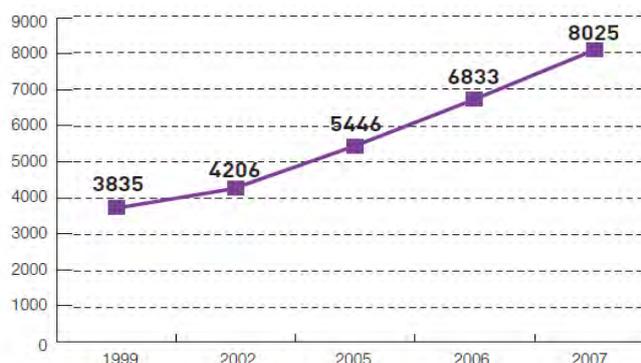
Comprendre l'activité de conduite professionnelle dans le secteur de l'hospitalisation à domicile nécessite au préalable une compréhension du contexte politique, économique et légal structurant le secteur et les modalités organisationnelles que les établissements mettent en œuvre pour assurer leurs missions.

2.1. Une politique volontariste de réduction des coûts de l'hospitalisation classique par le recours à l'HAD

Selon le code de la santé publique, L'HAD est une alternative à l'hospitalisation avec hébergement dont l'objectif est d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. L'HAD assure l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine ambulatoire. Le rôle de l'équipe en HAD est d'organiser et de coordonner les interventions de professionnels extérieurs conventionnés, selon un protocole de soins défini par le médecin traitant ou le médecin hospitalier, chez le patient. Les soins délivrés en HAD se différencient de ceux nommés « soins à domicile » (cf. chap.3) par la complexité et la fréquence des actes. L'HAD peut être structuré en établissement ou en service, indépendant ou associé à un établissement de santé avec hébergement. Il couvre un secteur géographique donné.

Il s'agit d'un mode d'hospitalisation en plein essor. En 1950 ont eu lieu les premières réflexions autour de soins à domicile pour des patients atteints d'un cancer, en 1957 a été créé le premier établissement d'HAD au sein de l'AP-HP et en 2009 la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire reconnaît l'HAD comme un Hôpital à part entière et en protège l'appellation. C'est un mode d'hospitalisation reconnu comme économiquement pertinent et son développement est un enjeu majeur du législateur. Le HAD fait l'objet d'un volet obligatoire dans chaque Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) élaboré par les ARS (Agence Régionale de Santé). Bien qu'encore inégalement réparti (principalement concentré en Ile de France) on constate une évolution croissante du nombre de places d'HAD installés en France (cf. graphique 1).

Graphique 1 : évolution du nombre de places de HAD installés en France



Sources : SAE et circulaire DHOS du 4 février 2004

2.2. Des exigences réglementaires et un mode de financement structurants

Toutes les structures d'HAD dépendent du secteur sanitaire et sont majoritairement des structures privées à but non lucratif, (plus présentes sur les prises en charge liées aux « soins techniques de cancérologie » et aux « soins palliatifs »). Ce sont des structures polyvalentes et généralistes qui prennent en charge des patients poly-pathologiques de tous âges (55% des séjours concernent des patients qui ont moins de 60 ans, *FNEHAD*).

Bien que sans hébergement, elles sont soumises aux mêmes exigences que les établissements hospitaliers privés et publics concernant les procédures d'accréditation, de sécurité, de qualité

des soins, de lutte contre les infections nosocomiales, etc. Les structures d'HAD sont également soumises au droit des autorisations par le code de la santé publique délivrées tous les cinq ans par l'ARS. De plus, elles se doivent d'organiser des soins palliatifs et d'assurer une continuité des soins 24h/24 et 7j/7.

Toutes les structures d'HAD, quel que soit leur statut, bénéficient du même financement : les soins sont remboursés par les organismes d'assurance maladie par le biais de la tarification à l'activité, la T2A⁴. Tous les actes d'hospitalisation sont pris en charge sous couvert d'un tarif journalier pondéré sur la charge en soins, le degré de dépendance du patient et la durée de son séjour.

Fondés sur ces éléments structurants, les deux HAD retenus pour l'étude présentent cependant des caractéristiques bien distinctes reflétant la variabilité structurelle et de gestion de ce mode d'hospitalisation en plein essor.

Le HAD A est une structure associative à but non lucratif autonome, portée et hébergée par la Mutualité Française. C'est une structure de taille moyenne⁵ qui regroupe 34 salariés et assure la prise en charge de 115 à 138 patients par jours. Ce HAD couvre une cinquantaine de communes à cheval sur deux départements intégrant deux zones urbaines dans l'une desquelles se trouve le siège de la structure. Au-delà, le secteur couvert est principalement rural.

Le HAD B est un service autonome rattaché à une structure mutualiste proposant une offre sanitaire et sociale complète : aide et maintien, soins, structure d'accueil, hospitalisation à domicile. Il s'agit d'un service de petite taille regroupant 16 salariés et assurant la prise en charge de 20 à 30 patients par jours. Il couvre un secteur géographique principalement rural et de montagne dont la seule zone urbaine accueille les locaux du HAD.

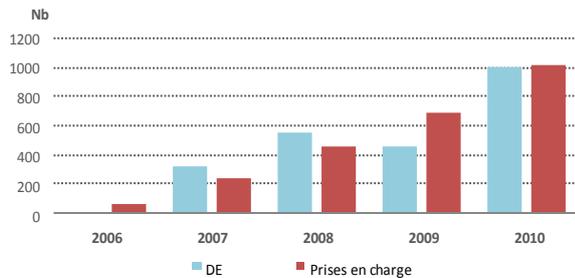
⁴ La Tarification à l'activité constitue un mode de financement qui vise à la mise en place d'un cadre unique de facturation et de paiement des activités hospitalières des établissements de santé publics et privés, quels que soient leur statut et leur spécialité, dans lequel l'allocation des ressources est fondée à la fois sur la nature et le volume de leurs activités. La T2A est un élément central de la « Nouvelle gouvernance hospitalière » mise en place par les ordonnances de mai et septembre 2005, dans la mesure où ce sont désormais les recettes issues des activités hospitalières qui vont déterminer les dépenses et non l'inverse. (déf. Wikipédia)

⁵ L'AP-HP qui est l'une des plus grosses structures d'HAD assurant la prise en charge de 250 patients/jours

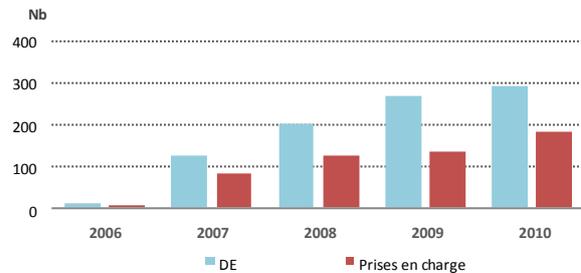
2.3. Une augmentation des demandes à laquelle il s'agit de faire face

L'essor de l'HAD se traduit par une augmentation progressive des demandes d'hospitalisation. Les graphiques ci-dessous présentent l'évolution des demandes d'entrée (DE) et des prises en charge annuelles de 2006 à 2010 au sein du HAD A et B.

Graphique 2 : nombre de demandes d'entrée et de prises en charge annuelles de 2006 à 2010 (HAD A)



Graphique 3 : nombre de demandes d'entrée et de prises en charge annuelles de 2006 à 2010 (HAD B)



Bien qu'à échelles différentes, les demandes d'entrée augmentent fortement entre 2006 et 2010 pour les deux HAD. Cela reflète l'essor de ce mode d'hospitalisation au sein des deux secteurs géographiques couverts. On remarque par contre, que la réponse apportée en termes de prises en charge est variable d'une structure à l'autre et n'est pas toujours à hauteur de la demande. Par exemple en 2010, la structure A assure autant de prises en charge qu'il y a de demandes d'entrée alors que la structure B répond seulement aux deux tiers des demandes d'entrée. Cela laisse supposer qu'il existe différentes contraintes structurelles mais aussi différentes stratégies de gestion des structures en réponse à l'augmentation des demandes d'entrée.

Les analyses du travail au sein de ces deux structures nous ont permis d'identifier différents modes de gestion face à l'essor de l'HAD et d'analyser leur impact sur l'activité de travail et de conduite des professionnels concernés. La compréhension des modalités organisationnelles en HAD est nécessaire pour faire ces liens.

2.4. Organisation des HAD : une pluridisciplinarité à construire

Toute structure d'HAD est constituée d'une équipe pluridisciplinaire qui assure la coordination des soins. Cette équipe rassemble au minimum :

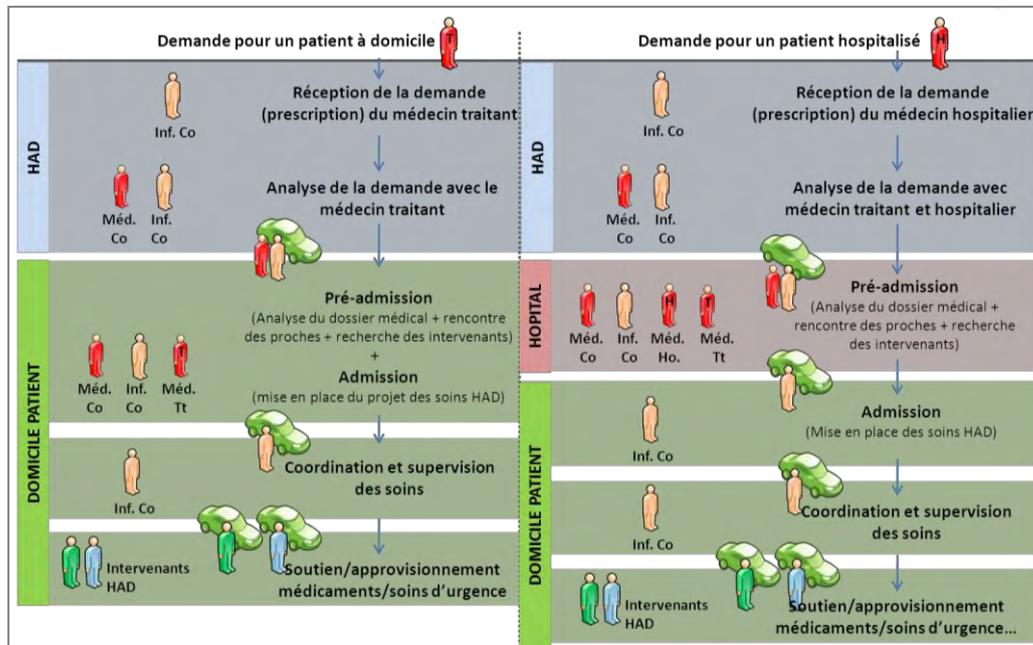
- un médecin coordinateur, référent médical qui veille à la bonne transmission des informations, au bon accomplissement des actes, participe à l'évaluation des soins et assure la coordination avec le médecin traitant,
- un cadre de santé/infirmière coordinatrice, qui assure la prise en charge des demandes d'admission, la coordination des soins et la formation des différents intervenants libéraux.

Les soins sont ensuite réalisés par des partenaires conventionnés.

Les demandes de prises en charge en HAD proviennent du médecin traitant ou du médecin hospitalier (dans le cas d'un patient déjà hospitalisé, cf. Figure 5). Elles sont réceptionnées par une infirmière coordinatrice (IDEC) qui vérifie la pertinence de chaque demande et les analyse avec le médecin traitant. Suite à la validation des demandes, une visite de préadmission est

organisée avec le médecin coordinateur, l'IDEC et le médecin traitant, au domicile du patient. En fonction des différents éléments requis notamment sur l'état du patient, de l'avis des médecins traitant et coordinateur, un projet de soins en HAD est élaboré. Les IDEC organisent et coordonnent les soins qui peuvent être réalisés soit par des salariés de l'HAD, soit par des partenaires conventionnés.

Figure 5 : Process depuis la réception de la prescription du médecin jusqu'à la prise en charge



On observe deux logiques de déplacement pour les professionnels de l'HAD. Les professionnels en charge de la coordination des soins depuis l'HAD qui réalisent des visites ponctuelles ou des déplacements d'urgence chez les patients (médecins coordinateurs, cadre de santé) se déplacent majoritairement selon une logique de rayonnement (cf. figure 6), alors que les métiers en charge de la coordination sur le terrain et les intervenants en charge de la réalisation des soins ou de l'approvisionnement de matériel médical réalisent plutôt des déplacements en tournée d'un patient à un autre (cf. figure 7). Les déplacements sont en général réalisés avec un véhicule de service.

Figure 6 : logique de rayonnement

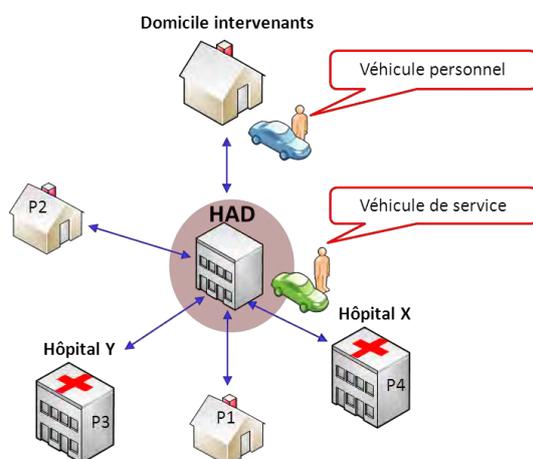
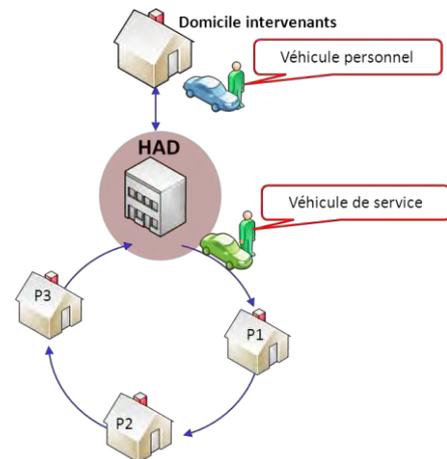


Figure 7 : logique de tournée



Au-delà de l'équipe minimale pour la coordination et la supervision des soins 24h/24 et 7j/7, chaque HAD, selon le contexte local dans lequel il s'inscrit, peut faire le choix de travailler avec des professionnels de santé internes, externes ou les deux sachant que tous les métiers de la santé peuvent être représentés en HAD.

Le développement de la pluridisciplinarité des équipes d'HAD a été identifié comme un choix stratégique des structures pour faire face à l'augmentation des demandes d'entrée et répondre aux exigences du secteur.

Par exemple, pour le HAD A, l'embauche d'infirmières de liaison (IDELI) dont le rôle est d'assurer une veille dans les structures hospitalières et EHPAD⁶ a permis de promouvoir le HAD, de tisser des liens avec les professionnels de ces structures ou encore d'anticiper de nouvelles demandes d'entrée. De plus, face aux exigences de diminution de la durée moyenne de séjour (DMS), le HAD A travaille sur des projets de soins de plus en plus personnalisés, nécessitant une présence accrue sur le terrain (chez les patients) et des compétences spécifiques et diversifiées comme celles de psychologue ou assistante sociale par exemple. Ainsi, l'arrivée des assistantes sociales a permis une prise en charge des patients plus rapide après l'HAD permettant de limiter la DMS.

En ce qui concerne la distribution des médicaments ou du matériel médical volumineux, le HAD fait appel à de la sous-traitance même si les infirmières de coordinations assurent la distribution de certains petits matériels. Le HAD B, lui, a fait le choix d'un traitement des commandes de médicaments et de matériel médical en interne pour des raisons budgétaires. C'est donc un logisticien salarié à plein temps qui en assure la distribution en réalisant des tournées hebdomadaires chez les patients.

Les modalités d'emploi de ces ressources, leur organisation en pôles fonctionnels et leur répartition sur le territoire d'intervention sont déterminants pour l'activité de coordination et de supervision des soins et sur l'activité de conduite des professionnels en HAD.

L'augmentation des effectifs et le renforcement de la pluridisciplinarité des équipes ont permis au HAD A et B de répondre à une augmentation de la charge de travail. Cependant deux politiques d'emploi et de répartition des ressources bien distinctes ont été repérées au sein de ces structures. Les analyses réalisées dans chaque HAD et présentées ci-dessous rendent compte de ces différences et de leurs impacts sur l'activité de travail et de conduite des salariés.

⁶ EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

2.5. HAD A : un système de régulation de l'activité, ressource pour l'organisation des déplacements

L'organisation du HAD A

Le HAD A mise sur la stabilité des ressources pour une meilleure coordination des soins et développe pour cela des conditions d'emploi attractives avec :

- le développement d'une offre d'emploi à temps plein et en CDI,
- une limite du nombre d'astreintes mensuelles/salariés avec une répartition sur les infirmières coordinatrices et les cadres de santé
- l'attention accordée à maintenir ce qui fait sens dans le métier pour les infirmières coordinatrices : « le contact direct avec le patient ».

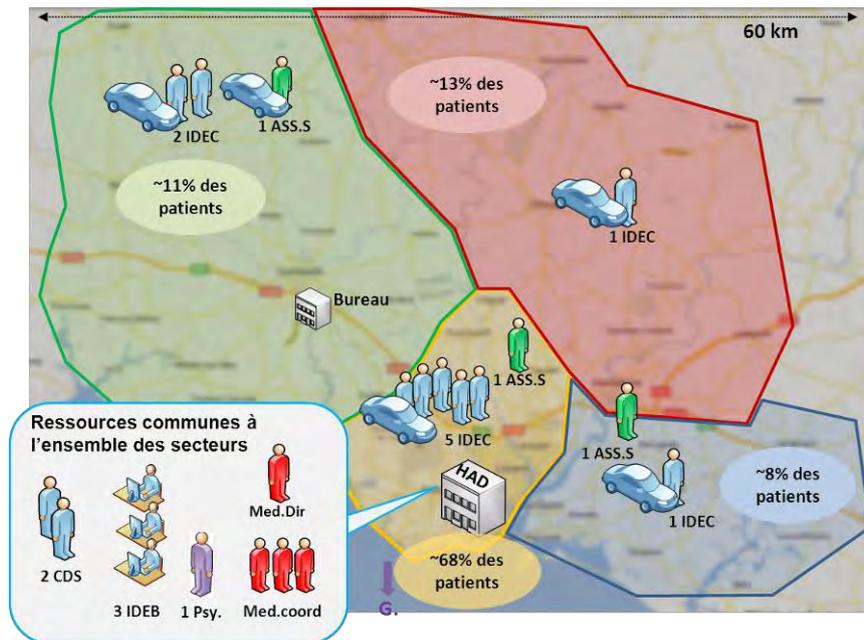
L'établissement a mis en place une organisation par pôles fonctionnels porteurs de la pluridisciplinarité attendue :

- **un pôle de « direction »** porté par le directeur du HAD directement en charge des choix politiques et stratégiques et suppléé par deux infirmières cadres de santé en charge notamment de la planification et de la supervision de l'activité de coordination des soins,
- **Un pôle de « gestion administrative »** (assistantes) intégrant des fonctions transverses support à l'activité (qualité, logistique, statistique...),
- **Un pôle de « coordination des soins »** articulant trois niveaux de prescription :
 - La gestion des entrées-sorties et la supervision des soins assurées par les médecins directeur et coordinateurs.
 - La planification centralisée des soins à réaliser par les partenaires conventionnés assurée par les infirmières de coordination (IDEC) « de bureau » et les cadres de santé (plutôt sédentaires).
 - La coordination des soins sur le terrain assurée par les « IDEC de secteur », les assistantes sociales, la psychologue et les infirmières de liaisons (IDELI), ces dernières contribuant aussi à la veille au sein des structures hospitalières ou EHPAD. Ces métiers sont ceux qui ont vocation à se déplacer sur le territoire couvert par l'HAD.

Un choix de sectorisation du territoire permet une répartition des ressources et la limitation des déplacements. Pour cela le territoire couvert par le HAD A a été découpé en quatre secteurs d'intervention (cf. figure 8). L'étendue de ces secteurs est variable en fonction de la densité de la population (par exemple le secteur vert est le plus étendu mais il est traversé par un axe principal ce qui facilite les déplacements, tandis que le secteur jaune est plus petit parce qu'il couvre une zone urbaine de forte densité), mais aussi de la charge de travail au sein des différents secteurs. Par exemple cinq IDEC sont affectées au secteur jaune, secteur urbain qui regroupe environ 68% des patients du HAD alors que seulement une à deux IDEC vont être affectées sur les autres secteurs bien plus étendus mais regroupant une proportion plus faible de patients.

Les assistantes sociales sont également affectées à des secteurs précis. Par contre la sectorisation ne concerne pas la psychologue qui se déplace sur l'ensemble du territoire et les IDELI qui travaillent dans des structures hospitalières ou EHPAD et non directement chez les patients.

Figure 8 : une sectorisation du territoire d'intervention et une répartition des ressources



On remarquera que cette sectorisation ne s'applique pas en cas d'astreinte. Rappelons en effet que l'activité du HAD doit être assurée 24h/24 et 7jours/7. La mise en place d'un principe d'astreinte téléphonique assurée à tour de rôle par l'ensemble des IDEC, IDEB et cadre de santé en binôme avec un médecin coordinateur a été retenue. En cas d'urgence (la nuit notamment), le professionnel en charge de l'astreinte peut être amené à se déplacer. Dans ce cas le déplacement est réalisé sur l'ensemble du territoire sans sectorisation.

Ces déplacements ne sont pas sans risques : caractérisés par leur degré d'urgence, réalisés la plus part du temps de nuit et chez des patients parfois inconnus, ce sont des déplacements contraints. Pour limiter ces contraintes, il y a un enjeu fort à ce que l'ensemble du personnel en charge des astreintes connaisse le territoire sur lequel il intervient. Un système de rotation quadri mensuels entre les IDEC de bureau et de secteur a été mis en place leur permettant de connaître l'ensemble des secteurs mais aussi l'activité de planification des soins. Il permet aussi de ne pas imposer toujours les mêmes contraintes de secteurs aux mêmes personnes.

Autrement dit, l'organisation du HAD A repose à la fois sur une politique d'emploi affirmée, une organisation fonctionnelle à forte pluridisciplinarité et une sectorisation du territoire permettant d'équilibrer la charge de travail tout en limitant les déplacements et les contraintes liées aux astreintes. Plusieurs effets ont pu être identifiés à différents niveaux :

- **au niveau de l'entreprise**, on constate un faible turn over et une stabilité des ressources qui favorisent le développement des compétences en interne avec un impact direct sur la qualité de la coordination des soins (finalité de l'HAD),
- **au niveau du collectif de travail**, on observe des modalités de coopération fortes entre les fonctions (enjeu opérationnel) et les métiers (enjeu de la pluridisciplinarité), notamment entre les professionnels sédentaires et mobiles.
- **au niveau de l'activité** individuelle des salariés conducteurs (IDEC de terrain, assistantes sociales, psychologues et IDELI), on repère des modalités de régulations durant les tournées permettant d'intégrer d'éventuels aléas. Ces régulations permettent non seulement de tenir la qualité de la prestation vis-à-vis

des patients (finalité de l'activité) mais aussi de favoriser les conditions d'une conduite maîtrisée, réduisant de fait le risque routier professionnel.

Pour comprendre, les liens entre ces trois niveaux, l'analyse du travail est nécessaire.

Des régulations multiples : causes et effets des cercles vertueux

La journée de l'IDEC se décompose en deux temps, une matinée de tournée chez les patients et une après-midi de coordination au bureau. Des premiers résultats issus de l'observation d'une IDEC de secteur sur une matinée de tournée mettent en évidence l'importance de l'activité de conduite. En effet dans ce cas, le temps passé sur la route représente 44% du temps de travail total (sur la matinée de tournée) et est supérieur au temps passé chez les patients qui représente seulement 35% du temps de travail total. Il s'agit alors de comprendre ce qu'il s'y joue.

Un certain nombre de régulations sont en effet opérées en cours de tournée. Ces régulations sont permises par les marges de manœuvre dont dispose l'IDEC aux différents niveaux repérés précédemment : au sein de sa propre activité, auprès du collectif de travail, au niveau de l'établissement. En retour, les régulations opérées par l'IDEC structurent et renforcent les possibilités de création de marges de manœuvre sur chacun de ces trois niveaux. Ceci crée des cercles vertueux constituant des ressources pour l'activité contribuant à la fois à la qualité du travail et à la maîtrise des déplacements.

La journée de l'IDEC est ponctuée d'évènements non prévus qu'elle est cependant en capacité de gérer. Par exemple, à 10h45, l'IDEC repère chez un patient un encombrement de caisses vides de médicaments non repris par la pharmacie et décide de faire un détour par la pharmacie du patient pour déposer les caisses et prévenir la pharmacienne de cet encombrement anormal. Cette possibilité de régulation (cf. figure 9, boucle 1) au sein de l'activité individuelle est offerte par l'autonomie relative qu'ont les IDEC dans l'organisation de leur tournée, autorisant des écarts par rapport à la planification (prescription) prévue. Elle permet de tenir un haut niveau de qualité de service aux patients sans générer de contraintes fortes sur le déplacement, constituant un premier cercle vertueux.

Les écarts avec la prescription sont permis grâce à la visibilité qu'à l'IDEC sur sa charge de travail en lien avec le planning, à la confiance établie avec les IDEC de bureau, et à la

Figure 9 : régulations au niveau de l'activité de l'IDEC

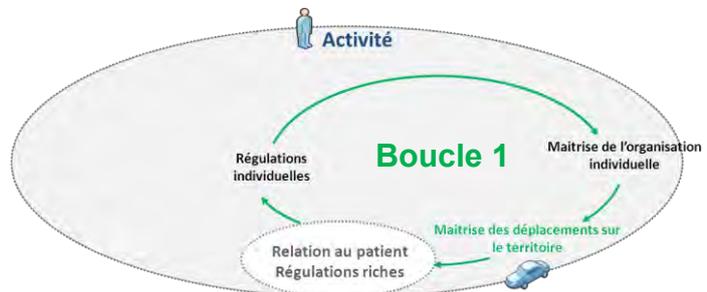
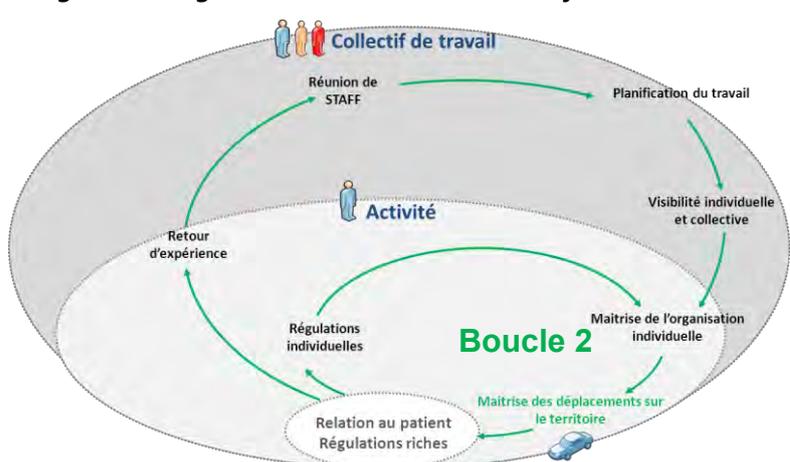


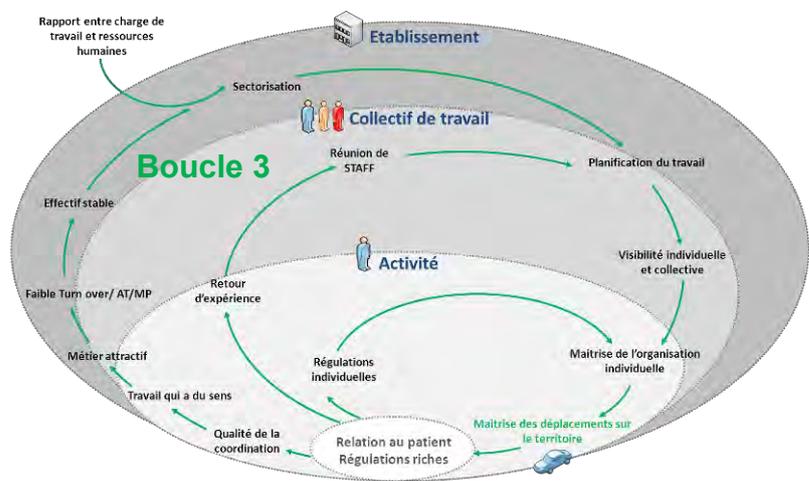
Figure 10 : régulations au niveau du collectif de travail



connaissance qu'elle a des logiques de planification puisqu'elle occupe elle-même ce poste régulièrement. De ce fait, elle mesure l'importance de faire un retour précis des aléas rencontrés auprès des IDEC de bureau. Ce retour peut s'effectuer de manière informelle en fin de tournée ou de façon plus formalisée à l'ensemble du collectif de travail lors des réunions de staff hebdomadaire. La visibilité du collectif de travail sur ce qui se passe sur le terrain enrichit la coordination des soins et l'intégration des informations dans la planification, facilitant la maîtrise individuelle des déplacements par l'IDEC, constituant un deuxième cercle vertueux (cf. figure 10, boucle 2). Ce cercle vertueux autorise les régulations en même temps qu'il en réduit la nécessité : après information de la pharmacie et du collectif de travail, l'IDEC n'a plus constaté d'encombrement de caisse chez le patient lors de ses visites suivantes.

La possibilité de conserver ce qui fait sens, c'est-à-dire un service de qualité au patient sans augmentation des contraintes rend le poste d'IDEC de secteur attractif. Cette attractivité rejoint et est renforcée par la politique d'emploi à temps plein et en CDI avec une répartition des astreintes sur l'ensemble des IDEC et des cadres de santé. Ainsi on a pu constater un faible turn over et une stabilité de l'équipe. Cette stabilité est le support de l'organisation par pôles fonctionnels et permet une répartition des ressources par secteur avec une limite des déplacements. Elle fiabilise la planification de l'activité permettant ainsi de donner de la visibilité sur la charge de travail individuelle et collective constituant un troisième cercle vertueux (cf. figure 11, boucle 3).

Figure 11 : ce qui se joue au niveau de l'établissement



Ces régulations sont également favorisées par la mise à disposition de véhicules et d'outils adaptés pour l'ensemble des salariés. En effet, l'HAD A a fait le choix de mettre à disposition un véhicule de service pour chaque salarié afin que chacun ait un véhicule adapté à son activité. Par exemple, les IDEC ont besoin de véhicules assez spacieux pour transporter du matériel médical (tel que des caisses de médicaments par exemple). Cette mise à disposition permet également d'avoir un contrôle sur l'état du véhicule et ses équipements de sécurité. Une dérogation au niveau de l'assurance permet à chacun de se rendre à son domicile avec le véhicule de service. Ce choix autorise des trajets directs domicile/intervenant, domicile /patient sans repasser par l'HAD ce qui renforce les marges de manœuvre des intervenants. Des équipements tels que les dispositifs Bluetooth et GPS sont également mis en place dans l'ensemble des véhicules. Ces dispositifs ne constituent pas des outils de prévention en tant que tel, cependant ce sont des supports aux régulations pendant la réalisation des tournées.

2.6. HAD B : un manque de moyens à l'origine de contraintes pour l'appropriation du territoire

Une autre logique d'organisation a été observée au sein du HAD B. Rappelons qu'il s'agit d'un service de taille plus modeste, rattaché à une structure mutualiste proposant une offre sanitaire et sociale complète. Il est important de préciser que les observations du travail au sein de la structure B ont été réalisées lors d'une période de crise due à un manque d'effectif au sein de ce service. Cela nous a permis de comprendre l'impact des choix organisationnels sur l'activité de travail et de conduite des intervenants.

Comme pour le HAD A, on observe une augmentation des demandes d'entrées depuis 2006 au sein du HAD B. On a vu que ce service ne parvient pas à répondre à la totalité des demandes (cf. graphique 3). Cela est à mettre en lien avec des contraintes locales et notamment avec la difficulté de développer un réseau de professionnels travaillant en partenariat avec l'HAD au sein d'un secteur géographique plutôt rural. Mais il est également intéressant de faire le lien avec l'organisation du HAD et son impact sur l'activité réelle de coordination des soins.

Organisation du HAD B

Comme pour le HAD A, le HAD B a misé sur la pluridisciplinarité pour assurer la coordination des soins et ce à travers la mise en place d'un modèle d'organisation basé sur trois pôles fonctionnels, de direction, de gestion administrative et de coordination, similaire à celui du HAD A. La coordination s'organise également à trois niveaux de prescription avec la gestion des entrées et des sorties assurée par les médecins coordinateurs, une planification et une supervision des soins assurée par une IDEC responsable et une cadre de santé. Et enfin, une équipe pluridisciplinaire d'infirmiers (IDE), psychologue, assistante sociale et logisticien en charge de la coordination sur le terrain.

Alors que l'on a pu observer une grande stabilité de la ressource au sein du HAD A, support pour le fonctionnement de l'organisation en pôle fonctionnels, on a constaté au sein du HAD B un fort turn over et des difficultés à stabiliser les équipes. Ce turn over touche principalement les IDE en coordination sur le terrain. C'est un métier qualifié de « difficile » et une politique privilégiant l'emploi à temps partiel a été mise en place afin de ne pas « épuiser » cette ressource. Cette instabilité était particulièrement visible au moment de l'étude car le collectif de travail souffrait de l'absence d'un cadre de santé (poste en attente d'être pourvu), de deux infirmiers (l'un en arrêt de travail suite à une chute et l'autre en arrêt maladie), ainsi que du départ d'une assistante. Les analyses du travail en ont révélé l'impact sur l'activité de coordination.

La responsable du service a dû récupérer une partie des activités de la cadre de santé et notamment des activités de management et de planification. Happée par la gestion quotidienne elle était en difficulté pour assurer un rôle plus politique et stratégique de développement de son service.

L'activité de l'IDE responsable a également vu sa charge de travail augmenter considérablement avec l'absorption des tâches qui incombent à la cadre de santé. Cette surcharge de travail a mis à mal la qualité de la supervision, de la coordination et le temps de présence sur le terrain auprès des patients, cœur du métier de l'infirmière de coordination.

Ensuite, l'absence des infirmiers a fortement impacté l'activité de coordination sur le terrain. La charge de travail a dû être répartie entre deux IDE intérimaires affectés aux postes en journée et deux IDE salariés principalement en charge des astreintes de soir et de w-end. La conduite en astreinte étant une activité d'urgence et donc contrainte, le manque d'infirmier se traduit par une exposition plus importante au risque routier pour les infirmiers salariés. De plus la précarité du statut des intérimaires limite les possibilités de planifier l'activité.

Enfin, bien que très étendu, le territoire d'intervention du HAD B n'est pas sectorisé. En effet, la configuration actuelle et le déficit d'effectif ne permettent pas d'envisager une répartition des ressources par secteur comme pour le HAD A. Devant l'impossibilité de voir tous les patients, les intervenants priorisent les visites et développent des stratégies de gestion par téléphone. Excepté pour le logisticien qui assure des visites hebdomadaires chez les patients, on constate globalement un « retrait » du territoire et des déplacements qui se font majoritairement en cas d'urgence (notamment pour les IDE).

Autrement dit, malgré la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire et un fonctionnement par pôles fonctionnels, l'instabilité des personnels couplée à un manque d'effectif rendent impossible la sectorisation du territoire d'intervention ce qui contraint la possibilité de coordonner sur le terrain et modifie les conditions de déplacements. Des effets ont été observés à plusieurs niveaux :

- **au niveau de l'entreprise** : on constate un fort turn over et des ressources insuffisantes pour la réalisation de la coordination,
- **au niveau du collectif de travail** : on observe des difficultés de régulations, des tensions entre les fonctions et les métiers et un épuisement des personnels,
- **au niveau de l'activité** individuelle des intervenants sur le terrain (excepté pour le logisticien) on repère une restriction des marges de manœuvre, des stratégies de retrait du territoire et des phénomènes de basculement amenant à la réalisation de déplacements d'urgence.

Pour comprendre les liens entre ces trois niveaux, l'analyse du travail est nécessaire.

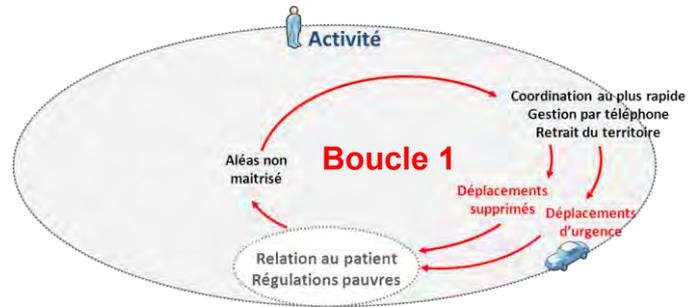
Cercle vicieux : identification des déterminants impactant l'activité de coordination

L'analyse de l'activité d'un IDE sur une demi-journée d'observation met en évidence les effets de l'instabilité de la ressource, du manque d'effectif et des choix organisationnels sur l'activité de coordination des soins sous la forme de cercle vicieux.

Ce jour-là, l'IDE s'était donné comme objectif d'avoir une visibilité sur l'état de santé d'un maximum de patients afin de pouvoir envisager d'éventuelles régulations de soins si nécessaire. Dans l'impossibilité de se déplacer chez tous les patients et au vu de l'étendue du territoire l'IDE s'est vu dans l'obligation d'assurer une coordination par téléphone. A 9h00 il a appelé l'épouse d'un patient pour gérer un problème de traitement médicamenteux survenu dans la nuit. Elle s'est alors plainte d'être réveillée et affirmait que son mari n'avait besoin de rien. Des difficultés de communication et des tensions sont apparues. L'IDE impuissant mais conscient qu'une problématique grave pouvait se jouer chez ce patient, en a référé au médecin coordonnateur qui s'est alors déplacé en urgence chez le patient concerné.

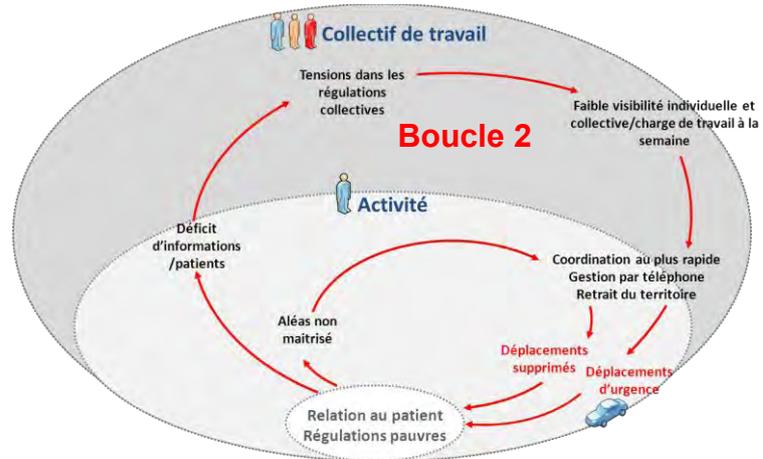
Le manque de visibilité sur son activité et l'impossibilité de se déplacer sont deux obstacles aux régulations au sein de l'activité individuelle. Cela se traduit par un sentiment d'impuissance et de frustration pour l'IDE qui n'est pas parvenu à résoudre le problème par téléphone alors qu'il a la conviction qu'il aurait pu le résoudre s'il avait été sur le terrain. Ces régulations pauvres ont également un impact sur la qualité de la coordination et sur la réalisation de déplacements d'urgence. Comme dans ce cas où le médecin s'est déplacé en urgence. (cf. figure 12, boucle 1)

Figure 12 : absence de marges de manœuvre au niveau de l'activité de l'IDEC



L'absence de visibilité sur la charge de travail, l'obligation de réaliser une coordination par téléphone du fait d'un manque d'effectif avec la suppression des déplacements ont également des impacts forts sur le collectif de travail. En effet, isolé du territoire et de ses acteurs, l'IDE est privé de l'expérience du terrain. Les informations transmises à l'IDEC responsable et aux médecins coordinateurs ne sont pas le retour d'un vécu au domicile, mais celui d'une conversation téléphonique avec les patients ou leur entourage. Cela entraîne, pour l'IDE, des difficultés à délivrer les informations attendues et pour le reste de l'équipe de coordination, des difficultés à y voir clair sur des situations précises qui peuvent être source de tensions. Ce manque d'information appauvri les régulations collectives qui se transforment en régulations d'urgence et qui ne permettent pas de renseigner le planning suffisamment à l'avance et de d'avoir une visibilité sur l'activité de travail individuelle et collective, constituant le deuxième cercle vicieux (cf. figure 13, boucle 2).

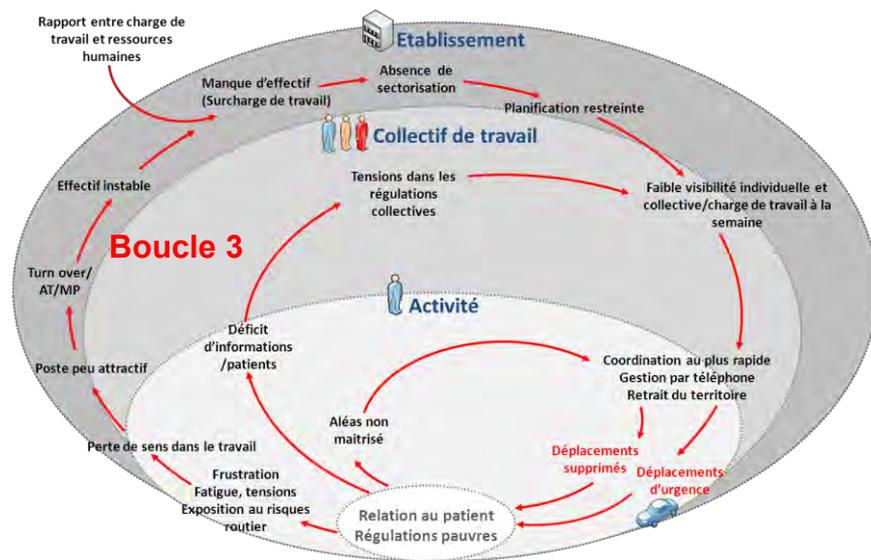
Figure 13 : régulations collectives appauvries



Le manque d'effectif observé entraîne une surcharge de travail pour l'ensemble des métiers accentuant fatigue et tensions. Dans ce contexte, on constate une perte de sens dans le métier de coordination des soins en HAD et des postes qui deviennent peu attractifs. Ce manque d'attractivité et les conditions de travail décrites ci-dessus entraînent une instabilité des ressources avec un fort turn over, des arrêts de travail, et des arrêts maladie. Par exemple, on a pu mettre en relation l'arrêt d'une IDE pour chute avec l'observation qui a été faite d'une gestion de la coordination dans l'urgence. On observe alors un troisième cercle vicieux puisque l'instabilité de l'équipe et le manque d'effectif sont à l'origine d'une surcharge de travail pour les professionnels restants, de l'impossibilité de sectoriser le territoire et de planifier l'activité

aboutissant à un retrait du territoire d'intervention et à la réalisation de déplacements d'urgence. (cf. figure 14, boucle 3)

Figure 14 : ce qui se joue au niveau de l'établissement



Les HAD A et B misent sur la pluridisciplinarité et sur la mise en place d'un modèle organisationnel basé sur l'articulation de différents pôles fonctionnels. Ce sont cependant des structures bien distinctes impactées par le contexte local au sein duquel elles se développent. Dans ces contextes particuliers, les analyses du travail ont permis d'identifier que les choix organisationnels, de gestion, de management ainsi que la politique de mise à disposition de véhicule et d'outils impactent directement l'activité de travail et de conduite. Ces déterminants favorisent ou freinent, selon les cas, la possibilité de planifier l'activité, d'avoir une visibilité individuelle et collective sur la charge de travail, de réaliser des régulations sources de marges de manœuvre pour la coordination des soins et la maîtrise des déplacements. Ce sont des déterminants cibles pour l'élaboration d'une politique de prévention des risques.

Chapitre 3 : Conduire en Soins à domicile (SSIAD)

3.1. Le développement des soins à domicile, un enjeu de société

L'espérance de vie augmente et la volonté des personnes dépendantes de rester chez soi est de plus en plus forte. Dans le même temps, on constate une évolution de la solidarité familiale incitant de plus en plus à recourir à des services extérieurs. Dans ce cadre, le maintien à domicile par le développement de services tels que l'aide ou les soins à domicile est devenu un réel enjeu de société. Par ailleurs, la continuité de la prise en charge entre l'hôpital et le domicile est aussi un enjeu fort pour la maîtrise des dépenses de santé.

Selon le décret du 25 juin 2004⁷, les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ont pour mission d'assurer, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers, sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

- de personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes
- de personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap
- de personnes adultes de moins de soixante ans atteintes de pathologies chroniques

Les structures de soins à domicile peuvent être des structures associatives ou mutualistes du secteur médico-social ou encore des structures de statut privé à but non lucratif. Elles sont soit autonomes, ne réalisant que des soins à domicile, soit rattachées à une structure offrant différents services (aide, soins, etc.). Les SSIAD sont soumis aux droits et obligations de l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, notamment au regard de l'autorisation de création et des modalités de tarification.

3.2. Une prise en charge limitée et variable d'un département à l'autre

C'est l'ARS (Agence Régionale de Santé) qui attribue les places aux structures de soins pour les personnes âgées (PA) et personnes handicapées (PH) en fonction du PRIAC (PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie). Le PRIAC prévoit l'attribution d'un forfait jour par patient qui est financé par l'assurance maladie dans le cadre d'une dotation globale qui tient compte des charges relatives :

- à la rémunération des infirmiers libéraux ;
- à la rémunération des salariés du service ;
- aux frais de déplacement de ces personnels ;
- aux charges relatives aux fournitures et au petit matériel médical ;
- aux autres frais généraux du service.

La superficie du territoire couvert et l'attribution du nombre de places varient d'un département à l'autre et d'une structure à l'autre. Même s'il y a possibilité de recouvrement de territoires entre deux SSIAD, l'offre étant inférieure à la demande, la concurrence entre SSIAD est quasi nulle. Au contraire, on constate souvent un écart entre la limite du nombre de

⁷ Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins

places et le nombre croissant de demandes de prise en charge. Dès lors, la priorité est en général donnée aux patients les plus nécessiteux après examens de critères précis lors des demandes d'admission. Il arrive parfois que les structures se voient dans l'impossibilité de prendre en charge certains patients malgré l'urgence des traitements, situations en contradiction avec les valeurs mutualistes et difficilement acceptables pour les professionnels des SSIAD.

3.3. L'organisation des SSIAD : articulation de différents pôles fonctionnels pour une offre de soins permettant le maintien à domicile des patients

Les SSIAD sont généralement structurés selon trois pôles fonctionnels distincts permettant l'organisation et la délivrance de soins infirmiers techniques ou de base chez les patients.

- **Un pôle de « direction »** porté par le directeur de la structure ou le responsable du service en charge du rôle politique et stratégique de développement du service, de négociation avec les différents partenaires ainsi que du management des équipes.
- **Un pôle de « coordination des soins »** assuré au minimum par un infirmier coordinateur (Inf. Co) qui s'occupe de la gestion des nouvelles demandes de prises en charge ainsi que de l'organisation et du suivi des soins chez les patients. L'infirmier coordinateur est également en charge du management des intervenants assurant les soins.
- **Un pôle de « réalisation des soins ».** Ce sont principalement les aides-soignants (AS) qui assurent les soins d'hygiène et de nursing, la distribution des médicaments, ou la prévention des escarres au domicile des patients. Des auxiliaires médico-psychosociaux ou autres auxiliaires médicaux peuvent également intervenir chez les patients

Certains soins exigent également l'intervention d'infirmiers au domicile des patients. Il existe plusieurs modes de fonctionnement selon les SSIAD :

- les infirmiers peuvent être salariés de la structure, sous la responsabilité de l'infirmier coordonnateur. Ce mode de fonctionnement facilite la gestion des interventions et des coûts.
- certains SSIAD travaillent avec des infirmiers libéraux par le biais d'une convention de partenariat. Ce mode de fonctionnement donne plus de flexibilité mais complexifie la maîtrise des soins.
- D'autres structures optent pour un mode mixte et travaillent avec des infirmiers salariés et libéraux.

La demande de prise en charge se fait sur prescription médicale du médecin traitant, elle peut provenir soit du médecin directement, soit du patient ou de son entourage. Elle est étudiée par l'infirmier coordinateur qui, selon les places disponibles, la typologie et la fréquence des soins requis, accepte ou non la demande. Dans le cas où elle est acceptée, l'infirmier coordinateur réalise une première visite d'évaluation au domicile du patient, l'objectif étant de rencontrer le patient et son entourage, de vérifier la cohérence entre l'état de santé et de dépendance du patient et le projet de soins prescrit. Cette visite est aussi l'occasion de faire un état des lieux et de repérer d'éventuels risques inhérents au domicile. Après cette visite, l'infirmier coordinateur organise la prise en charge selon différents critères tels que : le planning des aides-soignantes et des infirmiers, la nature, la fréquence et la durée des soins requis, les habitudes de vie de la personne, l'intervention coordonnée avec d'autres partenaires et la localisation du domicile du

patient. Enfin, les intervenants au domicile (AS, AMP...), réalisent les soins selon le planning élaboré par les infirmiers de coordination.

L'ensemble des professionnels des SSIAD sont donc amenés à se déplacer sur le territoire couvert selon différentes logiques de déplacements. Les infirmiers coordinateurs se déplacent principalement du SSIAD au domicile des patients, de façon ponctuelle avec une logique de déplacement en rayonnement (cf. figure 15). Les intervenants en soins se déplacent majoritairement depuis la structure jusqu'au domicile des patients selon une logique de tournée (cf. figure 16) en fonction d'un planning établi par les infirmiers coordonnateurs.

Figure 15 : logique de rayonnement des infirmiers coordinateurs

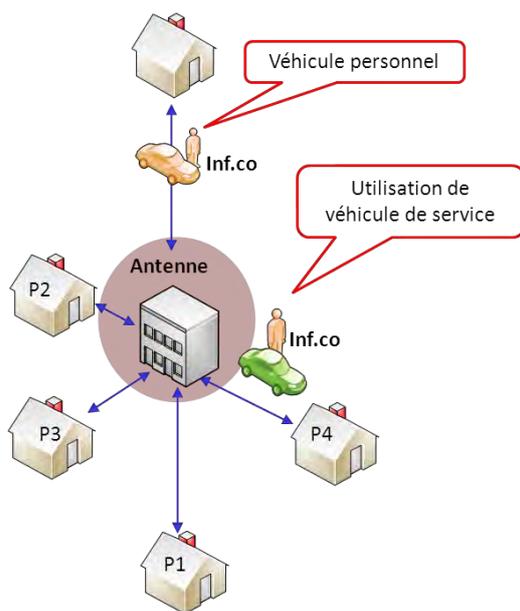
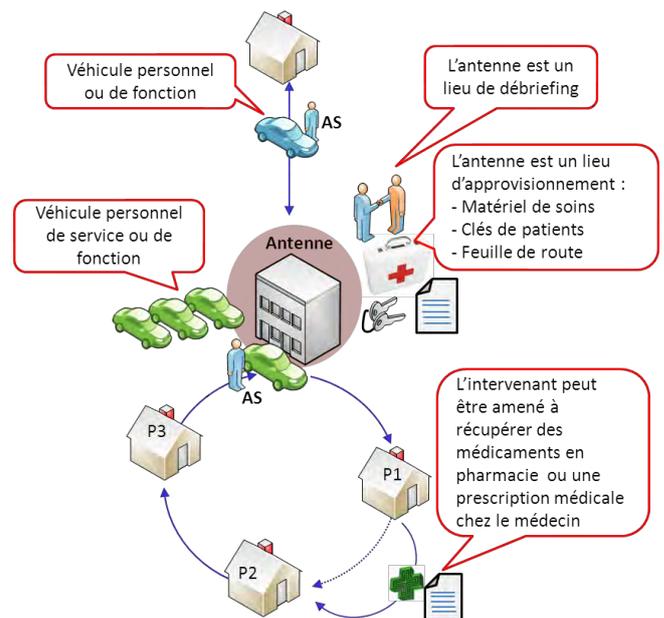


Figure 16 : logique de tournée des intervenants en soins (AS, AMP,...)



Il existe différentes politiques de mise à disposition des véhicules au sein des SSIAD. Ainsi, les intervenants peuvent être amenés à se déplacer avec leur véhicule personnel, mais des véhicules de service ou de fonction peuvent également être mis à disposition.

Chaque SSIAD peut faire ses propres choix organisationnels, notamment au niveau de la constitution des équipes d'intervenants et des modalités d'emploi de ceux-ci (embauche ou convention de partenariat). Les logiques de couvertures du territoire d'intervention (sectorisation, création de plusieurs antennes...) sont également variables.

Les deux SSIAD choisis pour l'étude présentent des caractéristiques structurelles et organisationnelles bien distinctes, reflet de cette variabilité.

Le SSIAD A est rattaché à une structure associative réalisant une offre diversifiée de soins à domicile, aide à la famille, aux personnes handicapées et aux personnes âgées avec un accueil de jour. C'est une structure importante qui emploie 600 salariés au total et couvre l'ensemble du département. Le service de soins compte une centaine d'aides-soignantes et une dizaine d'infirmières coordinatrices assurant la prise en charge de 331 PA et 24 PH. Le territoire couvert présente des zones urbaines (le siège de la structure se trouvant dans la plus importante), semi-urbaines et de montagne. Ce SSIAD offre la possibilité à ses salariés

d'utiliser un véhicule personnel ou de fonction (location longue durée) et met à disposition dans chacune de ses antennes un véhicule de service.

Le SSIAD B est rattaché à une structure associative offrant des services d'aide et de soins à domicile. De taille plus modeste, elle emploie un peu plus d'une centaine de salariés. Le service de soins est composé d'une trentaine d'aides-soignantes, de trois infirmiers de terrain et de trois infirmières coordinatrices. C'est une structure qui se situe dans un milieu très urbain, en banlieue parisienne. Elle met à disposition une flotte de véhicule de service uniquement pour les infirmières coordinatrices. Les AS et infirmiers de terrain utilisent leur véhicule personnel.

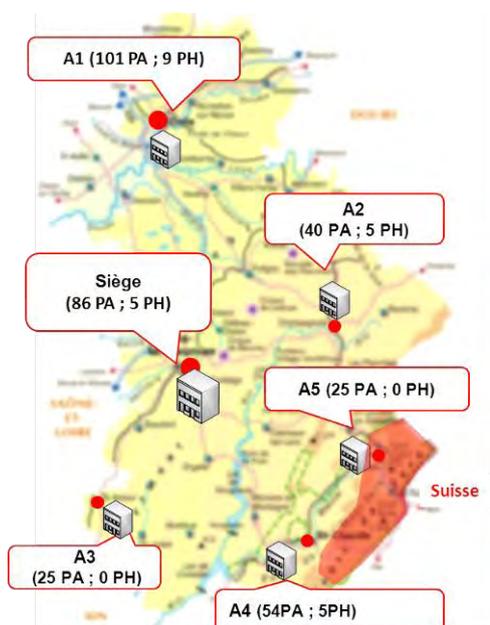
Les analyses du travail effectuées au sein de ces deux structures permettent de mettre en évidence l'impact du contexte local (politique, géographique, économique...) sur les choix de gestion, de structuration et d'organisation des SSIAD. Elles permettent ensuite de comprendre l'impact de ces choix sur l'activité de travail et de conduite des intervenants en soins à domicile.

3.4. SSIAD A : un service déployé sur un secteur montagneux et frontalier de la Suisse

Organisation du SSIAD A

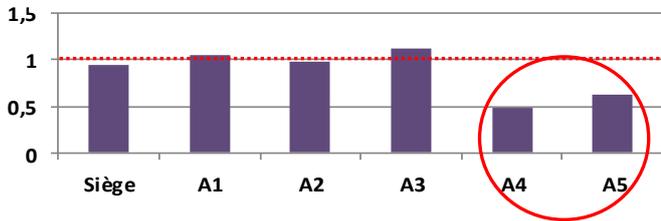
Le SSIAD A assure la couverture globale d'un département de montagne (« territoire d'entreprise »). Son siège est localisé au sein de la principale zone urbaine et 5 antennes sont réparties sur l'ensemble du territoire (c'est son « empreinte territoriale »). La gestion du SSIAD est assurée par la responsable du service soins à domicile depuis le siège où se trouvent également la direction générale de l'association, la direction des ressources humaines et les fonctions supports administrative et financière. A chacune des antennes sont affectées une ou plusieurs infirmières coordinatrices en charge d'une équipe d'aides-soignantes. La répartition de l'effectif par antenne se fait en fonction du nombre de lits PA et PH autorisé et attribué à chaque antenne par l'ARS (cf. figure 17). Un ratio est fixé en interne en fonction du budget prévisionnel, il attribue quatre lits autorisés par Equivalent Temps Plein d'aide-soignante (ETP AS). C'est en fonction de ce ratio que sont calculés les effectifs budgétés par antennes.

Figure 17 : une empreinte territoriale permettant de couvrir le département



En octobre 2011, on constate que les antennes A4 et A5 qui se trouvent dans le secteur le plus montagneux et à proximité de la Suisse sont dépourvues d'effectif AS (cf. graphique 4).

Graphique 4 : Effectifs présents/effectifs budgétés (octobre 2011)

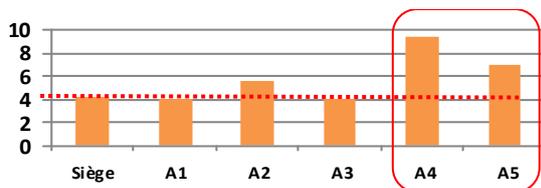


En effet, au sein de ces deux antennes, l'effectif présent est inférieur à l'effectif budgété. Cela s'explique principalement par le manque d'attractivité du poste en lien notamment avec sa localisation géographique. En effet, de nombreux frontaliers sont attirés par les conditions financières avantageuses offertes par la

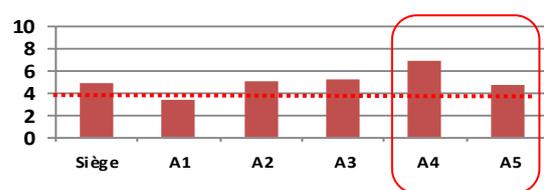
Suisse. De plus, en montagne, les conditions de circulation sont difficiles surtout l'hiver. Ces contraintes expliquent des difficultés de recrutement et un manque d'effectifs qui n'est pas sans impact sur la charge de travail.

Face à un nombre de lits autorisés par l'ARS qui est constant, les antennes dépourvues d'effectifs voient leur charge de travail « théorique » augmenter. Alors que le ratio fixé en interne est de 4 lits par ETP AS, les antennes A4 et A5 arrivent à des ratios de 7 à 9 lits autorisés par ETP AS (cf. graphique 5). Cette charge de travail étant difficilement tenable, les antennes en déficit d'effectifs diminuent leur nombre de lits réel afin de se rapprocher du ratio de 4 lits par ETP AS (cf. graphique 6).

Graphique 5 : nb de lits autorisés/ ETP



Graphique 6 : nb de lits réels/ ETP

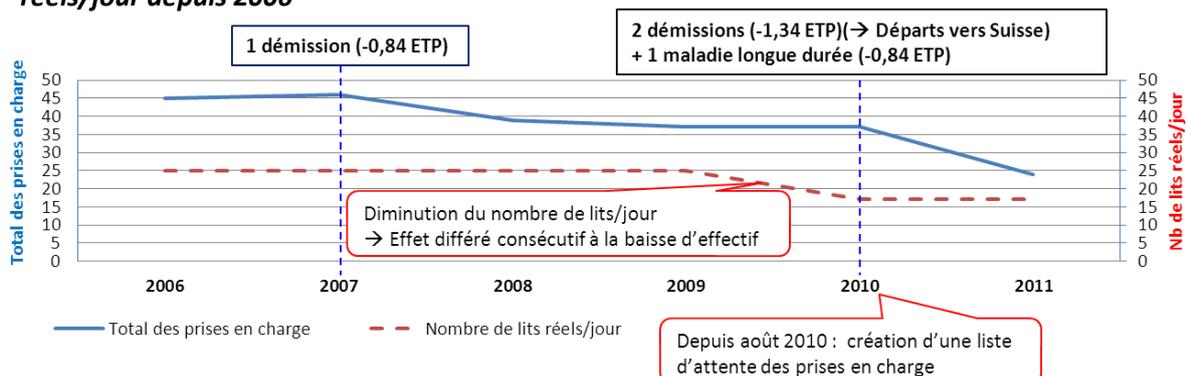


Un manque d'attractivité du poste à l'origine d'un cercle vicieux

Les analyses de l'activité réalisées au sein de l'antenne 5 (secteur le plus montagneux) permettent de mettre en évidence un cercle vicieux généré par cette problématique du manque d'effectif en lien avec la faible attractivité du poste.

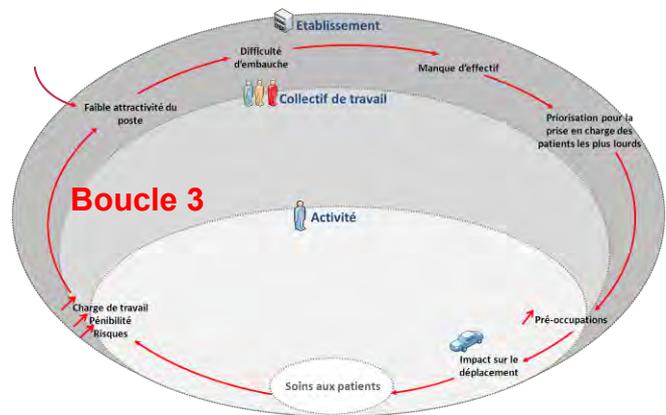
Suite aux départs successifs d'aides-soignantes en 2007 et 2010 et à la difficulté de les remplacer, on constate une baisse du nombre total de prises en charge annuelles avec un effet différé sur la diminution du nombre de lits/jours (cf. graphique 7).

Graphique 7 : évolution du total des prises en charge annuelles et du nombre de lits réels/jour depuis 2006



L'effectif présent n'est donc plus en mesure d'assurer la prise en charge du nombre de lits initialement attribués par l'ARS. Un système de priorité a alors été mis en place avec la création d'une liste d'attente. Basé sur une volonté éthique, il favorise la prise en charge des patients les plus lourds, c'est-à-dire les plus dépendants. Ainsi, même si le nombre de prises en charge diminue avec la baisse des effectifs, la nature des prises en charge évolue vers une plus grande charge perçues par les cinq aides-soignantes encore présentes au sein de l'antenne 5. Couplée aux contraintes climatiques locales, l'augmentation de la charge de travail accentue la faible attractivité du poste constituant ainsi un cercle vicieux (cf. figure 18, boucle 3)

Figure 18 : un contexte difficile



Un développement de stratégies et de savoirs faire locaux dans un contexte contraint

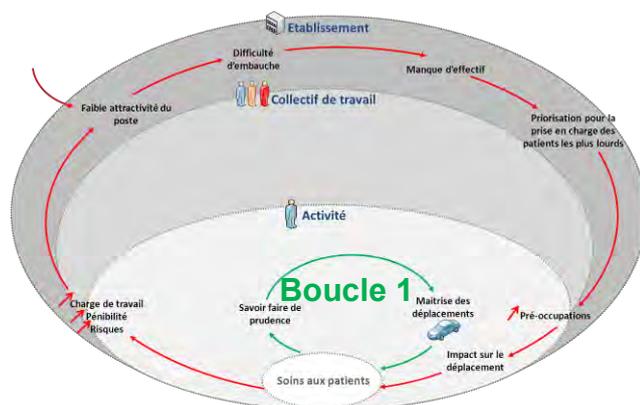
Cinq AS et une infirmière coordinatrice assurent la prise en charge de 18 lits/jours localisés sur le territoire couvert par l'antenne 5. Elles travaillent avec des infirmiers libéraux conventionnés pour la réalisation de soins plus techniques. L'activité de conduite des aides-soignantes observées représente une part importante de l'activité de travail, de 25 à 30% du temps de travail total avec un temps de travail chez le bénéficiaire d'environ 55 à 60% du temps de travail total.

Les analyses du travail des aides-soignantes et de l'infirmière responsable ont mis en évidence de nombreuses régulations individuelles et collectives, sources de marges de manœuvre dans une activité contrainte par ailleurs par le manque d'effectif avec des prises en charge de plus en plus lourdes et des conditions climatiques défavorables (neige). Les effets de ces régulations ont été observés au sein de l'activité individuelle ainsi qu'au niveau du collectif de travail.

De nombreuses stratégies et savoir-faire de prudence sont déployés par les AS lors de la conduite sur neige. Elles observent attentivement la route et leur environnement afin d'anticiper l'itinéraire à emprunter et de contourner les obstacles éventuels. On a vu, par exemple, une AS faire le choix d'emprunter un itinéraire plus long que celui initialement prévu afin de ne pas prendre le risque de s'embourber. Ce genre de régulations est rendu possible par leur connaissance du territoire, des problématiques locales et de l'activité des services de déneigement. Elles ont également développé des savoir-faire locaux de conduite sur neige, tels que « ne pas freiner », « débrayer et laisser aller ».

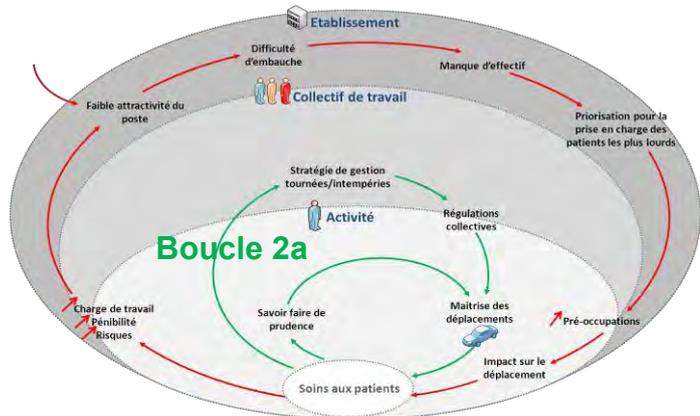
Ces stratégies et savoir-faire acquis par l'expérience sont sources de régulations individuelles permettant de limiter les risques et de maîtriser son activité de conduite (cf. figure 19, boucle 1).

Figure 19 : régulations individuelles au niveau de l'activité



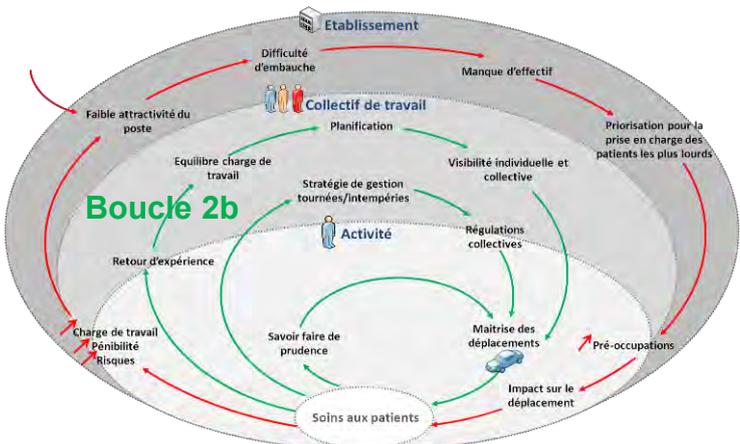
Des régulations collectives ont également été observées. En effet, en cas de fortes intempéries, l'infirmière coordinatrice modifie les tournées des aides-soignantes en fonction du lieu d'habitation de chacune et vient elle-même en renfort, réaliser des soins afin de limiter les déplacements. Lorsque les conditions climatiques et de circulation sont trop dégradées (par exemple en cas de verglas) les passages à l'antenne, habituellement faits avant le début de la tournée et au retour de tournée, ne sont plus rendus obligatoires. Il existe aussi des phases d'entraide entre AS. Par exemple, alors qu'une AS avait pris du retard sur une tournée, ses collègues l'ont contactée afin de connaître sa situation et de savoir si elle avait besoin d'aide. Ces possibilités de réorganisation et d'entraide sont des sources de régulations collectives riches permettant d'assurer l'activité de soins tout en limitant les contraintes et les risques lors des déplacements (cf. figure 20, boucle 2a).

Figure 20 : régulations collectives pendant la tournée



Ces régulations s'appuient sur la visibilité que chacun a sur la charge de travail individuelle et collective. Elle est rendue possible par la planification de l'activité de soins des aides-soignantes réalisée par l'infirmière coordinatrice. Cette planification est effectuée sur la base de l'élaboration du meilleur compromis entre répondre au besoin des patients et limiter et équilibrer la charge de travail des AS. L'élaboration de ce compromis prend en compte les retours d'expériences du terrain réalisés lors des transmissions après chaque tournée (cf. figure 21, boucle 2b).

Figure 21 : régulations collectives pour la planification de l'activité



Autrement dit, malgré un contexte local contraint et touché par un manque d'effectif avec des prises en charge de plus en plus lourdes, le modèle d'organisation en place au sein de l'antenne 5 offre des possibilités de régulations, de mise en œuvre de stratégies individuelles et collectives et de déploiement de savoir-faire locaux permettant d'effectuer les soins tout en limitant les contraintes et les risques.

3.5. SSIAD B : un service de soins à domicile déployé en secteur urbain

Organisation du SSIAD B

Le pôle soins est dirigé par une responsable de service directement sous la responsabilité du directeur de la structure avec lequel elle assure le développement du SSIAD. Par ailleurs, elle encadre une équipe de trois infirmières coordinatrices, en charge des nouvelles demandes et de l'organisation des soins réalisés par une trentaine d'aides-soignants. Contrairement au SSIAD A, le SSIAD B a fait le choix d'embaucher trois infirmiers de terrain pour la réalisation de soins infirmiers et ce, pour une facilité de gestion et de coordination entre intervenants. Ils sont également sous la responsabilité des infirmières de coordination et de la responsable du service. Par ailleurs, les services transverses (ressources humaines, administration, comptabilité, etc.) assurent le support de l'activité de soins à domicile.

On constate une augmentation constante du nombre de lits attribués par l'ARS depuis la création de la structure en 1982 (cf. graphique 8) avec une étendue progressive du territoire d'intervention (« territoire d'entreprise »). Aujourd'hui le SSIAD prend en charge 104 PA et 20 PH et la couverture du territoire est assurée depuis un établissement unique mais une sectorisation du territoire a été mise en place afin de limiter les déplacements. Elle n'est pas figée et varie en fonction du nombre de tournées à réaliser le matin, le soir ou le dimanche (cf. figure 22).

Graphique 8 : évolution du nombre de lits autorisés par l'ARS depuis la création du SSIAD

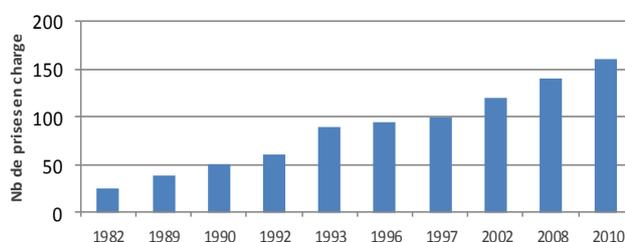
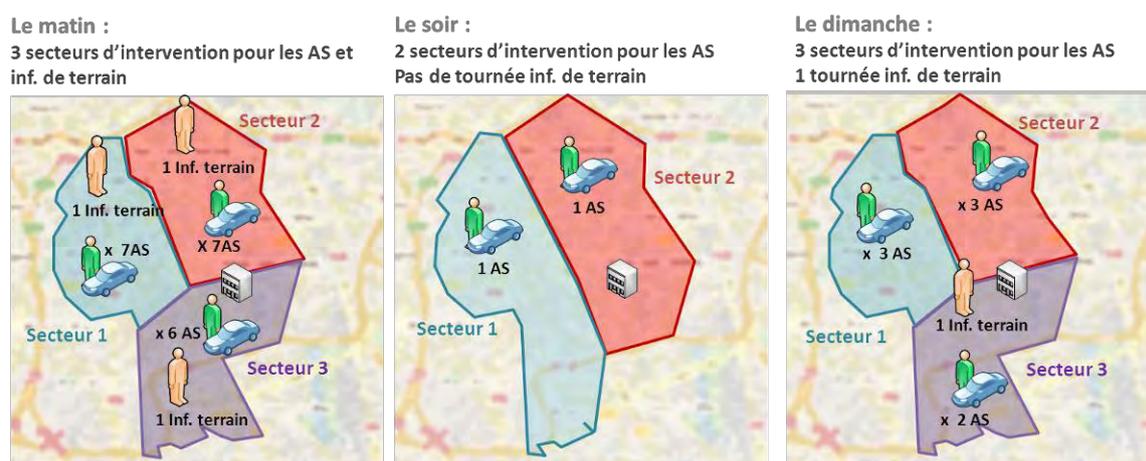


Figure 22 : sectorisation du territoire d'intervention du SSIAD B



Les AS et les infirmiers sont ceux qui se déplacent le plus, ils utilisent leur véhicule personnel. En effet, le SSIAD B possède une flotte de quatre véhicules de service principalement à destination des infirmières coordinatrices ou en cas de dépannage. Ainsi, la possession d'un véhicule assuré est un prérequis à l'emploi pour les infirmiers et les AS. Les analyses du travail nous permettent de comprendre, entre autres, l'impact de ce prérequis sur l'activité au sein du SSIAD.

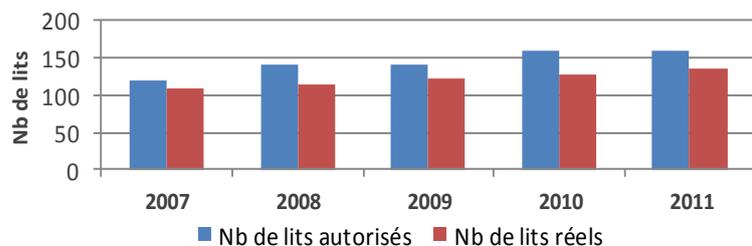
Un écart entre la rémunération et le coût de la vie creusé par l'entretien du véhicule

De manière générale le métier d'AS souffre d'un manque de reconnaissance financière. Ces difficultés sont accrues en milieu urbain et en banlieue parisienne touchée par la flambée des prix du logement. Dans ce contexte, l'achat, l'assurance et l'entretien d'un véhicule à usage professionnel creusent d'avantage l'écart entre la rémunération et le coût de la vie, d'autant plus que les remboursements kilométriques attribués aux salariés ne semblent pas couvrir la totalité des frais. Ces difficultés financières ont un impact fort sur l'attractivité des postes au sein du SSIAD B, principalement pour les jeunes qui vont chercher des conditions d'emploi plus intéressantes à l'hôpital (rémunérations plus élevées, avantages en nature, pas de véhicule à entretenir...).

Les difficultés financières ont également des effets directs sur l'activité de travail et de conduite puisqu'elles ne permettent pas toujours l'entretien du véhicule. Un autre effet pervers a été relevé : certains salariés cumulent plusieurs emplois afin de subvenir à leurs besoins avec un fort impact sur la fatigue, la vigilance et donc la prise de risque lors des déplacements pour la réalisation des soins.

Ce manque d'attractivité entraîne des difficultés d'embauche, et un déficit d'effectif récurrent pour la prise en charge du nombre de lits fixés par l'ARS (cf. graphique 9).

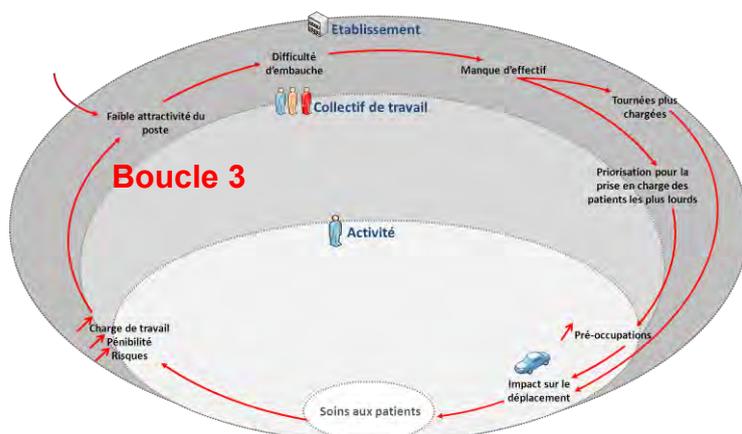
Graphique 9 : évolution du nombre de lits autorisés par l'ARS et du nombre de lits réels de 2007 à 2011



Face au manque d'effectif, un système de priorisation est mis en place pour la prise en charge des patients les plus dépendants, ce qui accentue la charge de travail comme nous avons pu le voir pour le SSIAD A.

Autrement dit, les difficultés de recrutement en lien avec le manque de reconnaissance financière sont accrues par le contexte local (coût de la vie très élevé) qui, couplé aux choix de gestion du SSIAD, entraînent un cercle vicieux impactant l'activité de travail et de conduite avec une augmentation des « pré-occupations » du fait des prises en charge de plus en plus lourdes, des difficultés d'entretiens du véhicules, une accumulation des emplois qui viennent renforcer la non attractivité du poste constituant un cercle vicieux (cf. figure 23, boucle 3).

Figure 23 : un cercle vicieux lié à la faible attractivité du poste



Dans ce contexte contraint, des régulations individuelles et collectives sont déployées afin de se créer des marges de manœuvre pour la bonne réalisation des soins et la maîtrise des déplacements.

Le développement de stratégies et de savoirs faire locaux dans un contexte contraint

Les analyses de l'activité d'un infirmier de terrain, d'une AS et des infirmières coordinatrices permettent de comprendre l'impact de l'organisation en place et des régulations mises en œuvre pour la réalisation des soins et lors des déplacements. Comme pour les aides-soignantes du SSIAD A, le temps de conduite représente environ 25 à 30% du temps total de travail et le temps chez les patients représentent environ 50 à 55% du temps total de travail pour l'aide-soignante et l'infirmier du SSIAD B.

Il est important de préciser que les aides-soignantes et les infirmiers de terrain ne possèdent pas la même autonomie. En effet, alors que les AS doivent théoriquement suivre l'ordre de tournée indiqué par les infirmières coordinatrices et les informer de toute modification, l'infirmier est plutôt dans une dynamique de construction de sa tournée au fil des visites. Il doit pouvoir modifier sa tournée en fonction des soins à dispenser, des possibilités d'accès au domicile des patients, de la réalisation de soins en binôme, avec une AS par exemple. Cette autonomie est en lien avec la nature des soins qu'il dispense. De ce fait, l'infirmier a d'avantage de possibilités de réguler son activité, ce qui augmente la maîtrise de ses déplacements.

Comme nous l'avons vu pour le SSIAD A en secteur de montagne, la connaissance et l'expérience du territoire urbain sont déterminantes pour la maîtrise des déplacements. Par exemple, lors de leur tournée, l'AS et l'infirmier ont tous deux emprunté des raccourcis afin d'éviter les axes principaux trop chargés. L'infirmier a également intégré l'état du trafic pour définir l'ordre de sa tournée. Cette connaissance et ces possibilités de régulations individuelles favorisent la maîtrise des déplacements (cf. figure 24, boucle 1).

Figure 24 : régulations individuelles

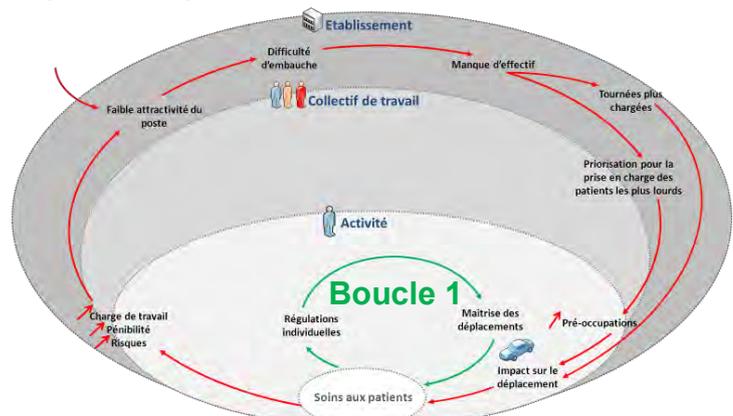
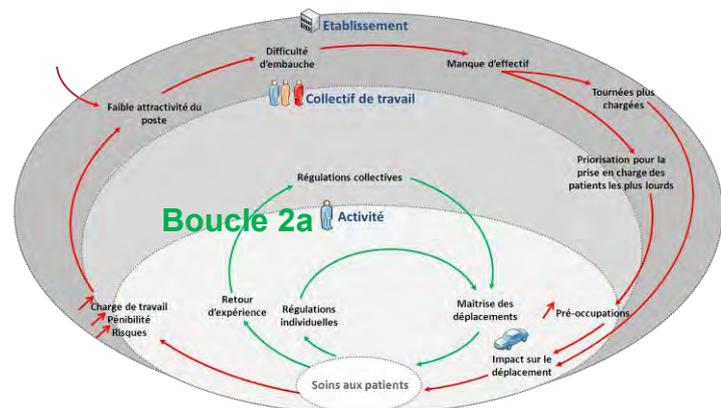


Figure 25 : régulations collectives sur le terrain

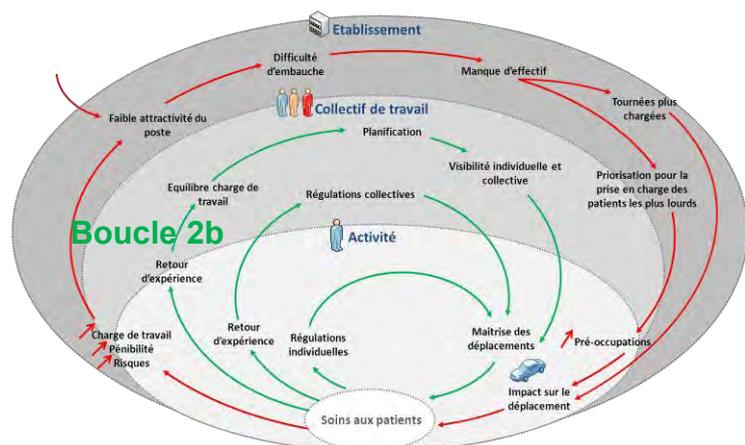


variabilité de la durée des soins, plusieurs contacts sont nécessaires pour se coordonner. Le retour d'expérience de chacun en temps réel facilite la coordination du binôme pour la réalisation du soin et favorise la maîtrise des déplacements (cf. figure 25, boucle 2a).

Dans ce cas, le téléphone portable est un outil indispensable pour les régulations collectives, il est important de le considérer comme tel. Par exemple, le fait de ne pas rembourser les frais téléphoniques professionnels engagés lors des tournées peut être un obstacle à la coordination des intervenants.

Comme pour le SSIAD A, ces régulations sont rendues possibles grâce à la visibilité que chacun a sur la charge de travail individuelle et collective. Par exemple, l'infirmier qui doit réaliser une intervention en binôme chez un patient, consulte le planning afin de savoir avec quel(le) aide-soignant(e) il doit se coordonner. Sans cette visibilité sur les plannings la coordination téléphonique serait impossible et la rencontre des intervenants chez le patient serait difficile voire impossible. Ce sont les infirmières coordinatrices qui réalisent la planification des activités des aides-soignants et des infirmiers. Elles y intègrent directement les données du terrain. Par exemple, lors d'une transmission de fin de tournée, une AS informe une infirmière coordinatrice du mauvais état du pansement d'un patient. L'infirmière coordinatrice organise alors le passage d'un infirmier de terrain dès que possible chez ce patient. Des « réunions de staff » sont organisées toutes les semaines, elles permettent de regrouper l'ensemble des aides-soignantes, des infirmiers, et des infirmières coordinatrices afin de faire un point sur l'ensemble des patients pris en charge et de modifier le planning en conséquence. Pour les infirmières coordinatrices, la prise en compte des informations du terrain permet également d'équilibrer ou de rééquilibrer la charge de travail des différents intervenants. Cela constitue un troisième cercle vertueux (cf. figure 26, boucle 2b).

Figure 26 : régulations collectives pour la planification



On note un fort impact de la faible attractivité des postes sur le manque d'effectif et la charge de travail qui en découle. Ce phénomène est accru au sein du SSIAD A en lien avec sa localisation géographique et au sein du SSIAD B, du fait du contexte économique et social dans lequel il se trouve. Cependant, comme pour le SSIAD A, les analyses effectuées au sein du SSIAD B mettent en évidence de nombreuses stratégies et régulations individuelles et collectives sources de marge de manœuvre pour la réalisation des soins et la maîtrise des déplacements. Ces régulations s'appuient sur une organisation capable d'offrir de la flexibilité dans un contexte contraint.

Chapitre 4 : Conduire en Aide à domicile (SAAD)

4.1 Une offre de service en évolution

Les SAAD sont des structures associatives ou mutualistes du secteur médico-social de statut privé à but non lucratif. Traditionnellement les structures d'aide à domicile sont des structures tournées vers des personnes dites « fragilisées », âgées, handicapées, malades, ou vers des familles en difficulté en offrant des services d'aide et d'accompagnement à l'autonomie relevant du code de l'action sociale et des familles. Mais certaines structures développent, en complément de l'aide à l'autonomie, des services dits « de confort » tels que garde d'enfant, portage de repas, petit travaux de jardinage, petit bricolage... Ces services sont à destination de tout public et relèvent du code du travail et du dispositif JL. Borloo du 26 juillet 2005.

Les SAAD sont soumises à des procédures d'agrément ou d'autorisation qui conditionnent leur activité. Il existe un agrément simple, facultatif pour les structures proposant des prestations à domicile dites « de confort » et un agrément de qualité obligatoire pour les structures qui interviennent auprès des publics fragiles (enfant de moins de trois ans, personnes de plus de soixante ans et personnes handicapées). L'agrément est délivré par le préfet du département tous les cinq ans. L'autorisation est, quant à elle, délivrée tous les 15 ans par le Conseil Général et elle concerne les services prestataires (Cf. chapitre 4.3) intervenant auprès des personnes âgées et en situation de handicap et certains services prestataires intervenants auprès des familles. Dans ce cas, la tutelle du Conseil Général entraîne une perte d'autonomie mais permet de négocier des taux horaires parfois plus élevés malgré des disparités fortes d'un département à l'autre.

4.2 Un décalage entre l'augmentation des besoins et les moyens pour y répondre

Comme pour les soins à domicile, le développement de l'aide à domicile est un enjeu de société majeur⁸. En effet, les structures d'aide à domicile offrent des services d'aide et d'accompagnement à l'autonomie des personnes dépendantes en adéquation avec :

- l'évolution démographique de la population Française,
- l'évolution de la solidarité familiale incitant de plus en plus à recourir à des services extérieurs,
- la volonté de plus en plus forte des personnes dépendantes de rester à leur domicile,

Ces services permettent également d'assurer une continuité de prise en charge entre l'hôpital et le domicile, enjeu fort pour la maîtrise des dépenses de santé.

Dans ce cadre, des actions de développement de l'aide à domicile ont été menées notamment à travers la valorisation de l'emploi et de la formation ainsi qu'à travers des démarches de structuration et de professionnalisation du secteur :

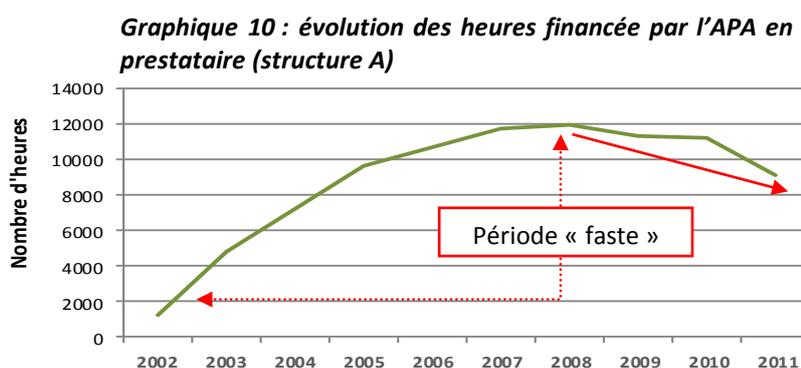
⁸ Cf. Manifeste de l'UNA et rapport n°8 du CERC

- ✓ Loi du 2 janvier 2002 (renforce les exigences en termes de qualité et vise à garantir le droit des usagers)
- ✓ Accord de branche du 23 mars 2002 (sur la rémunération)
- ✓ Loi du 26 juillet 2005 (loi JL Borloo : réduction des coûts et des prix, simplification de l'accès aux services pour les particuliers et une professionnalisation du secteur garantissant la qualité des services)
- ✓ Accord du 30 mars 2006 (modulation du temps de travail)

Mais le financement des services d'aide à domicile reste dispersé et incohérent, il représente un frein à ce développement. Les principaux financeurs des services d'aide à domicile sont les organismes de sécurité sociale et les Conseils Généraux (CG) cependant il existe des inégalités de financement d'un département à l'autre et d'une structure à l'autre selon la politique et les finances des Conseils Généraux. L'UNA⁹ a pu recenser 13 types de financeurs pour 31 dispositifs différents et remarque que le système de tarification de l'aide à domicile institué par la loi du 2 janvier 2002 n'est pas toujours appliqué. De plus, on constate que depuis 2008-2009 les structures doivent faire face à une forte diminution des plans d'aide impactant leur activité. Les deux exemples ci-dessous sont issus de l'analyse effectuée au sein des structures A et B, choisies pour l'étude.

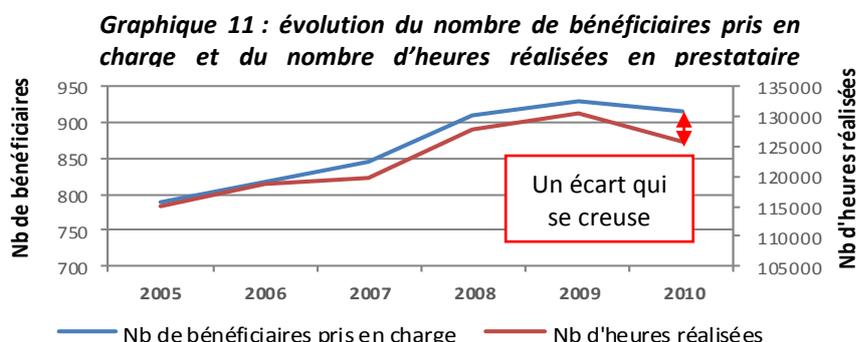
Le graphique 10, ci-contre présente l'évolution des heures financées par l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) attribuée principalement par le Conseil Général au sein de la structure d'aide à domicile A. On

constate une importante augmentation de cette aide jusqu'en 2008, qualifiée de « période faste ». Après 2008, on peut observer une baisse des heures APA reflet de la diminution des aides attribuées par le Conseil Général.



L'analyse de l'évolution du nombre de bénéficiaires et du nombre d'heures réalisées au sein de la structure B (cf. graphique 11) fait ressortir une baisse d'activité depuis 2009 avec un écart qui se creuse entre le nombre de bénéficiaires et le nombre d'heures

réalisées. Cet écart traduit une diminution des heures attribuées pour un même bénéficiaire. Il s'explique par un désengagement des financeurs et une impossibilité pour les bénéficiaires de participer au coût de leur maintien à domicile aggravant d'autant plus la dépendance.



⁹ Cf. Manifeste de l'UNA

Autrement dit, le développement de l'aide à domicile est un enjeu majeur mais les restrictions budgétaires représentent un frein depuis ces dernières années. Les analyses ergonomiques effectuées dans le cadre de cette étude mettent en évidence l'impact de la diminution des plans d'aide sur l'activité de travail et de conduite dans l'aide à domicile.

A ces difficultés de financement peuvent venir s'ajouter des possibilités d'exercice parfois difficiles à maîtriser, notamment avec le développement du gré à gré (cf. chapitre suivant).

4.3 L'organisation au sein des structures d'aide à domicile

Des modalités de gestion des déplacements dépendantes du statut des intervenants

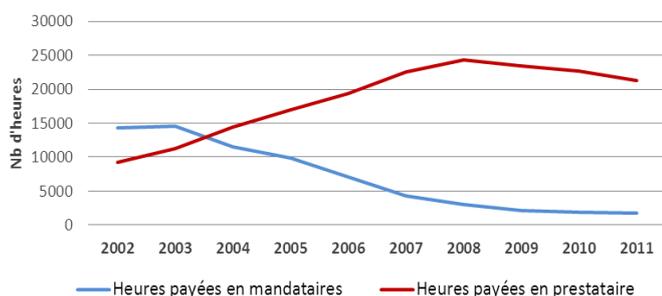
Il existe trois modes d'emploi distincts en aide à domicile déterminants pour l'organisation de l'activité de travail et de conduite des intervenants :

- Le mode prestataire : le particulier emploie la structure d'aide à domicile qui garantit l'intervention de personnel formé et/ou qualifié et prend en charge toutes les démarches administratives et légales. La structure prend également en charge la planification et la coordination des interventions à domicile, elle a une maîtrise sur la gestion des absences, la formation des intervenants, la gestion des déplacements, etc
- Le mode mandataire : le particulier emploie et rémunère directement l'intervenant. Ils sont liés par un contrat de travail. La structure assure les démarches administratives et prend en charge la planification des interventions de l'aide à domicile. Ce mode d'emploi est plus avantageux financièrement pour le bénéficiaire mais il doit être en capacité d'assurer le rôle d'employeur. De plus, il prend directement en charge les déplacements ce qui ne permet pas à la structure d'en assurer une gestion centralisée.
- Le mode gré à gré : le particulier emploie directement l'intervenant, c'est le mode d'emploi le moins coûteux pour le bénéficiaire car il n'y a aucun intermédiaire. Il constitue une concurrence pour les structures d'aide à domicile et ne permet pas la maîtrise de la formation des intervenants, l'organisation des déplacements, la prévention des risques, etc.

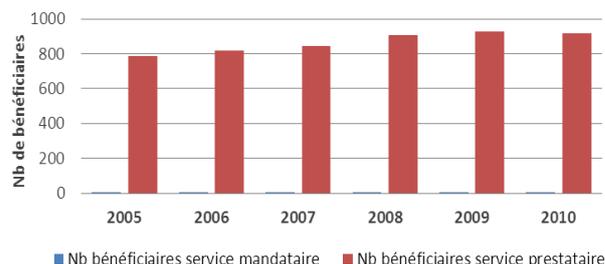
Une même structure d'aide à domicile peut assurer un service en mandataire et en prestataire et certains intervenants peuvent avoir un statut mixte et intervenir à la fois en prestataire et en mandataire ce qui complexifie la gestion des plannings, la coordination des interventions et la gestion des déplacements. Cependant, les structures favorisent de plus en plus le service prestataire pour l'efficacité qu'il permet. C'est le cas des deux structures A et B qui se sont prêtées à l'étude.

Les graphiques suivants en sont l'illustration. L'analyse de l'évolution des heures payées en mandataire et en prestataires au sein de la structure A (cf. graphique 12) met en évidence une inversion des modes d'emploi depuis 2004 avec une diminution des heures payées réalisées en mandataire et une augmentation inversement proportionnelle des heures réalisées en prestataire. Pour la structure B, de 2005 à 2010, le nombre de bénéficiaires en service prestataire est largement supérieur au nombre de bénéficiaires en service mandataire (cf. graphique 13).

Graphique 12 : évolution des heures payées en mandataire et en prestataire (structure A)



Graphique 13 : évolution du nombre de bénéficiaires en service mandataire ou prestataire (structure B)



Ces graphiques illustrent donc le choix de ces structures pour un emploi majoritairement prestataire leur permettant d’avoir un lien de subordination en contrat unique avec leurs intervenants ce qui facilite la coordination avec l’ensemble des partenaires, la planification et la coordination des interventions ainsi que la gestion des déplacements. Enfin, le service prestataire favorise la maîtrise de la formation et permet d’avantage de marge de manœuvre sur la prévention des risques professionnels.

L’articulation de trois pôles fonctionnels distincts pour répondre aux besoins des bénéficiaires

Les SAAD sont généralement structurés selon trois pôles fonctionnels distincts permettant l’organisation et la réalisation des prestations d’aide et d’accompagnement chez les bénéficiaires.

- **Un pôle de « direction »**, porté par le directeur de la structure ou du responsable du service en charge du rôle politique et stratégique de développement du service, des négociations avec les différents partenaires ainsi que du management des équipes.
- **Un pôle de « planification » des interventions** porté par les responsables de secteurs (RS). Elles assurent l’interface entre les bénéficiaires et les intervenants ainsi que la mise en œuvre et le suivi du plan d’aide.
- **Un pôle de « réalisation des prestations »**. Ce sont les aides à domicile qui réalisent des missions d’aide et d’accompagnement à l’autonomie des personnes dépendantes. En théorie, les missions sont affectées en fonction du niveau de qualification de l’aide à domicile (AAD). Ainsi, les AAD de catégorie A qui ne possèdent aucun diplôme, prennent en charge la réalisation des tâches administratives ou domestiques simples. Les AAD de catégorie B qui possèdent le diplôme d’assistance de vie, réalisent des tâches administratives ou domestiques simples et aident aux actes de la vie quotidienne (lever, coucher, marche, toilette, repas...). Les AAD de catégorie C, auxiliaires de vie sociale, aident en stimulant, elles accompagnent ou font à la place des bénéficiaires les actes de la vie quotidienne. Mais nous verrons que cette répartition des missions en fonction de la qualification n’est pas toujours possible.

Le support à l’activité des services d’aide à domicile est assuré par des fonctions administratives transverses (accueil téléphonique, comptabilité, facturation, paie...).

La demande de prise en charge peut provenir du bénéficiaire directement, de son entourage, du médecin traitant ou encore des travailleurs sociaux des structures de proximités telles que les CLIC par exemple (Centre Local d’Information et de Coordination). Elle est transmise à la responsable de secteur qui va étudier le dossier administratif et le plan d’aide attribué. Elle

réalise une première visite chez le bénéficiaire afin d'analyser ses besoins et de vérifier la cohérence du plan d'aide attribué. Cette première visite est également l'occasion d'établir un état des lieux et une analyse des risques éventuels inhérents au domicile. Enfin, cette visite permet de définir les missions de l'intervenant avec le bénéficiaire. Si le plan d'aide attribué au départ ne semble pas répondre aux besoins identifiés, les responsables de secteurs peuvent faire remonter l'information auprès des travailleurs sociaux ayant établi le plan d'aide pour envisager d'éventuelles modifications. Une fois validé, il est intégré dans le planning et les responsables de secteur attribuent les missions à un intervenant en fonction de la nature et de la fréquence de la prestation, de sa localisation, des compétences requises. L'attribution des missions doit également tenir compte de la modulation du temps de travail, c'est-à-dire, d'un quota d'heures à respecter en fonction du contrat du salarié garantissant une rémunération fixe. C'est en se basant sur ce planning que les aides à domicile réalisent les interventions chez les bénéficiaires.

Comme pour l'HAD et les SSIAD, on distingue deux logiques de déplacement en SAAD. En effet, les responsables de secteur se déplacent majoritairement depuis la structure chez les bénéficiaires de façon ponctuelle avec une logique de rayonnement (cf. figure 27). Quant aux aides à domicile, elles se déplacent majoritairement depuis leur domicile jusqu'à chez les bénéficiaires selon une logique de tournée (cf. figure 28).

Figure 27 : logique de rayonnement des responsables de secteurs

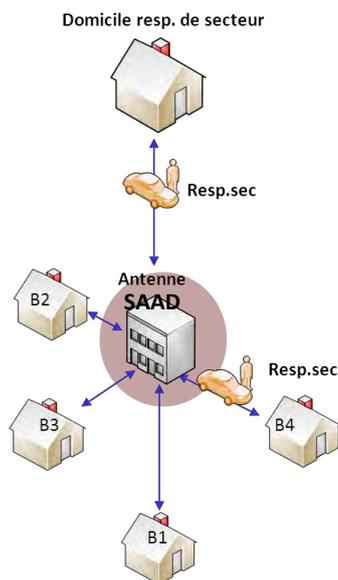
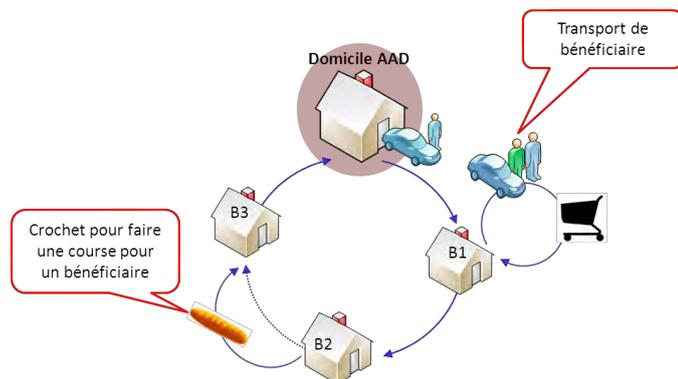


Figure 28 : logique de tournée des aides à domicile



Contrairement aux politiques de mise à disposition de véhicules repérées en HAD et en SSIAD, l'importance des effectifs et du turn-over au sein des SAAD semble être un frein pour la mise à disposition d'une flotte de véhicules pour les aides à domicile. Les intervenants utilisent alors principalement leur véhicule personnel. Dans certaines structures, des véhicules de service peuvent être attribués aux responsables de secteur.

Les éléments organisationnels définis ci-dessus sont des principes généraux et structurants de l'organisation des SAAD mais comme pour les HAD ou les SSIAD, chaque SAAD fait ses propres choix organisationnels en fonction du contexte local et historique dans lequel il se

trouve. Ainsi les politiques d'emploi, de répartition des ressources sur le territoire, de gestion des déplacements, de formation, etc. varient d'une structure à l'autre.

Les deux SAAD choisis pour l'étude présentent des caractéristiques structurelles et organisationnelles communes telles que, par exemple, le choix de développer un service prestataire plutôt que mandataire ou la non mise à disposition d'une flotte de véhicule pour les aides à domicile. Mais elles disposent aussi de caractéristiques structurelles et organisationnelles bien distinctes.

La structure A est une structure associative d'aide à domicile et de services à la personne assurant majoritairement un service prestataire. Elle est issue de la fusion récente (juin 2011) de deux structures et emploie environ 550 salariés pour répondre aux besoins de 2600 bénéficiaires principalement localisés en milieu rural. Le territoire couvert est sectorisé en quatre grands secteurs avec un sous découpage par canton. Au sein de cette structure, les intervenants utilisent leurs véhicules personnels, prérequis à l'embauche.

La structure B est une structure associative d'aide à domicile. Elle emploie environ 130 salariés avec 5 responsables de secteur et une centaine d'aides à domicile et répond aux besoins de 920 bénéficiaires. Cette structure se trouve en milieu urbain et le territoire est divisé en quatre secteurs. La possession d'un véhicule personnel n'est pas un prérequis à l'embauche du fait de la présence d'un réseau de transport en commun. Des véhicules de service sont également mis à disposition de la direction et des responsables de secteurs.

Les analyses du travail effectuées au sein de ces deux structures permettent de mettre en évidence l'impact du contexte politique (en fonction des conseils généraux), géographique (rural ou urbain), économique (restrictions budgétaires) sur les choix de gestion de structuration et d'organisation des SAAD et d'en comprendre l'impact sur l'activité de travail et de conduite des professionnels de l'aide à domicile, notamment les responsables de secteur et les aides à domicile.

4.4 Le SAAD A : une recherche d'alternatives dans un contexte défavorable

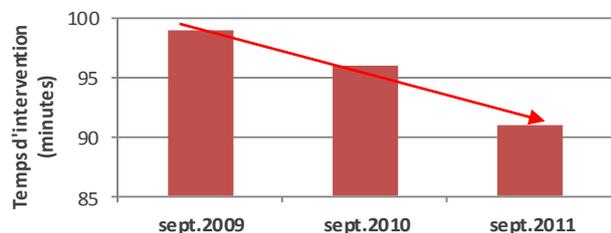
L'organisation du SAAD A est basée sur les trois pôles fonctionnels distincts énoncés précédemment, un pôle de direction, un pôle de planification des interventions, et un pôle de réalisation des interventions. Contrairement à la structure B, l'organisation des prises en charge et leur coordination sont assurées par des responsables de secteurs ainsi que des assistantes aux responsables de secteur. Ce sont donc environ 12 ETP (Equivalent Temps Plein) responsables de secteur, 8 ETP assistantes au responsable de secteur et 280 ETP aides à domicile qui assurent l'organisation et la réalisation des prestations chez les bénéficiaires dans cette structure.

Des injonctions paradoxales impactant le métier et l'activité des aides à domicile

Comme vu au chapitre 4.2, ce SAAD est soumis à des restrictions budgétaires depuis 2008 avec un impact sur l'activité de travail au sein de la structure et sur la qualification des ressources.

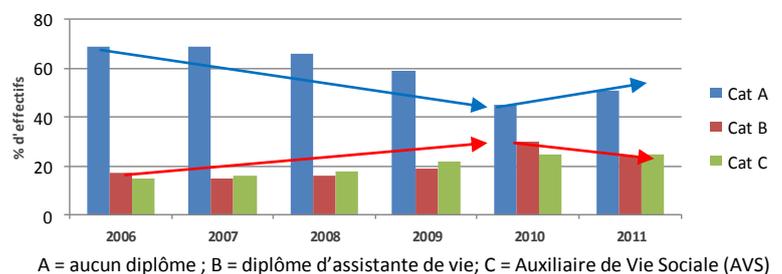
En effet, les restrictions budgétaires provoquent une prise en charge des bénéficiaires les plus lourds ainsi qu'une baisse d'attribution du volume d'heure pour des missions équivalentes. Cela entraîne un fractionnement des interventions avec des durées d'interventions de plus en plus courtes (cf. graphique 14). Selon la direction de la structure, depuis 3 ans, les interventions d'une durée inférieure ou égale à la demi-heure ont augmentées de 17%. Devant des prises en charge de plus en plus lourdes et un temps d'intervention de plus en plus court, les salariés sont en difficulté pour « tenir la qualité » dans le temps qui leur est imparti. Par ailleurs, ce fractionnement des interventions entraîne une multiplication des déplacements pour les intervenants.

Graphique 14 : Evolution du temps d'intervention chez les bénéficiaires depuis sept 2009 (structure A)



Ces restrictions budgétaires ont également un impact sur la qualification des ressources. En effet, la forte politique de formation au sein de la structure explique une évolution de la qualification des effectifs de catégories B et C jusqu'en 2010 (cf. graphique 15). Mais depuis 2011, les restrictions budgétaires

Graphique 15 : Evolution de la qualification des aides à domicile depuis 2006



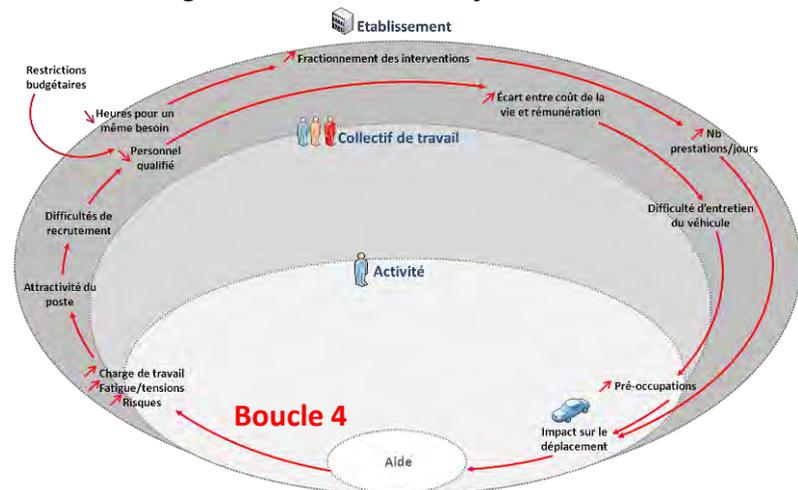
ont entraîné une diminution des Validations des Acquis d'Expérience (VAE) et des formations diplômantes, notamment pour les catégories B et C qui sont les plus coûteuses. C'est ce qui explique une augmentation des catégories A au détriment des catégories B et C sur l'année 2011 et 2012. Ces difficultés de financement de personnel qualifié sont en contradiction avec la professionnalisation du secteur et limitent l'attractivité du poste.

Le manque de personnel qualifié ne permet pas d'affecter le personnel nécessaire pour les interventions de w-end qui sont les interventions chez les bénéficiaires les plus dépendants. L'intervention d'une aide à domicile insuffisamment qualifiée pour la mission qui lui est attribuée peut entraîner de fortes préoccupations avant et pendant l'intervention et avoir un impact sur la qualité de la prestation.

Pour pallier à ces difficultés, le SAAD a trouvé une alternative consistant à dispenser des formations spécifiques, précises mais non diplômantes en interne permettant de développer des compétences tout en limitant le coût. Cependant, cette alternative reste en contradiction avec la volonté de professionnalisation du secteur et peut soulever des revendications salariales justifiées et être source de tensions. De plus, le manque de reconnaissance financière et l'augmentation des déplacements augmentent les difficultés d'entretien du véhicule personnel, outil de travail indispensable à l'emploi.

Le SAAD A se trouve alors dans un contexte difficile, pris dans de fortes injonctions paradoxales ayant un impact sur l'activité de travail (qualité des soins) et de conduite (multiplication des déplacements) des intervenants (cf. Figure 29, boucle 4). Malgré ce contexte difficile et suite à la fusion, la structure a cherché à mettre en place une organisation qui répondrait au meilleur compromis pour la planification, l'organisation et la réalisation des interventions chez les bénéficiaires.

Figure 29 : un contexte défavorable



La construction progressive d'une organisation offrant des possibilités de régulations

La sectorisation du territoire a évolué et plusieurs organisations se sont succédé afin de trouver un compromis entre présence sur le terrain, efficacité et réactivité dans la gestion et le suivi des interventions.

En 2010, le territoire était sectorisé par cantons avec une responsable de secteur attribuée à un ou deux cantons et deux assistantes responsables de secteur pour quatre cantons. Cette configuration entraînait une dispersion trop importante des ressources avec un isolement des responsables, seules dans leur secteur et un temps de présence des assistantes insuffisante au sein de chaque canton. Cette organisation était un frein aux échanges entre responsables de secteur, assistantes et direction.

En 2011, un pôle planning regroupant toutes les assistantes aux responsables de secteur a été mis en place. Cependant, éloigné du terrain et des spécificités de chaque secteur l'efficacité et la réactivité de ce pôle ont été mises à mal. Les aides à domicile se voyaient parfois attribuer des plannings incohérents.

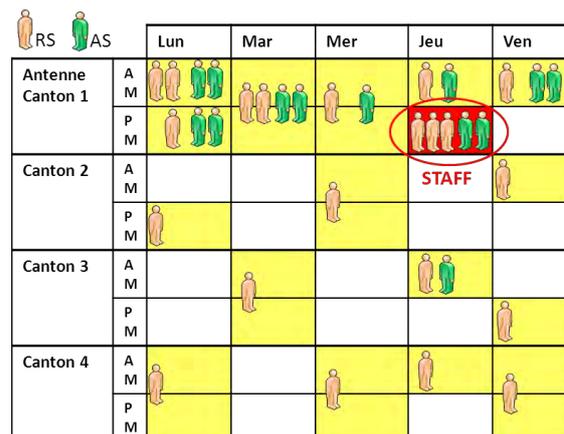
Par exemple, l'une d'elle s'est vu attribuer une tournée avec une prestation de ménage avant la réalisation d'une toilette alors que cela pouvait impacter la qualité de sa prestation, multipliait ses déplacements et entraînait un creux d'une heure dans son planning.

Face à cela, les incompréhensions des aides à domicile sont accrues, elles se sentent seules et peu écoutées et l'absence de régulation entre elles et les assistantes au pôle planning ne permet pas d'y remédier entraînant des tensions au sein du collectif de travail et creusant l'écart entre aides à domicile, assistantes et responsable de secteur.

Fin 2011, après la fusion, une nouvelle sectorisation et une nouvelle répartition des ressources sur le territoire ont été envisagées afin de rompre l'isolement des responsables de secteur, favoriser le travail en commun et encourager les échanges. L'ensemble du territoire couvert est alors découpé en quatre grands secteurs de tailles comparables avec un sous découpage par cantons. Une antenne de référence est localisée dans chaque secteur, elle regroupe une équipe de 4 à 5 personnes dont des responsables de secteurs en charge de la coordination des prestations, de la gestion des plans d'aide, du suivi des prises en charge ainsi que de la gestion des conflits. Une de ces responsables de secteur est nommée « référente » de l'antenne. Elle assure le lien directement avec la direction qui est localisée au siège de la structure. Les assistantes polyvalentes sont également présentes au sein de cette antenne, elles se chargent de l'accueil et de l'administration par canton, de la planification des interventions et de la gestion des tournées.

Les aides à domicile sont affectées à un canton et des permanences sont assurées au sein de chaque canton (cf. figure 30) par les responsables de secteur ou les assistantes afin d'entretenir un lien étroit avec le terrain. Des réunions de staff hebdomadaires sont organisées entre responsables de secteur et assistantes d'un même secteur favorisant les régulations.

Figure 30 : répartition des ressources au sein d'un secteur (Structure A)



+ Répartition des astreintes téléphoniques les soirs et les week-end

Les analyses ergonomiques menées au sein d'une antenne de référence ont permis de mettre en évidence les processus de régulations mis en œuvre et d'analyser leur impact sur la gestion des plannings et l'organisation des déplacements. Les aides à domicile remontent des informations du terrain aux assistantes qui sont en capacité de les intégrer directement dans les plannings et de leur faire un retour immédiat ou de faire remonter l'information au responsable de secteur s'il s'agit d'un point plus délicat. Des régulations permanentes ont lieu également entre les assistantes et les responsables de secteur. Un troisième niveau de régulation est assuré entre la responsable de secteur et la direction permettant d'intégrer les spécificités de chaque secteur et les problématiques locales dans les prises de décision et les orientations stratégiques ou politiques de la direction.

Autrement dit, cette organisation permet l'articulation de plusieurs niveaux de régulations (cf. figure 31) favorisant un lien permanent avec le terrain et permettant d'avoir une visibilité individuelle et collective sur l'activité dans l'ensemble des cantons. Cela se traduit notamment par une meilleure gestion des plannings.

La figure 32, ci-dessous, compare un planning réalisé alors que les assistantes étaient éloignées du terrain, dans l'organisation en pôle planning et un planning effectué dans la nouvelle organisation.

Figure 31 : articulation de plusieurs niveaux de régulation

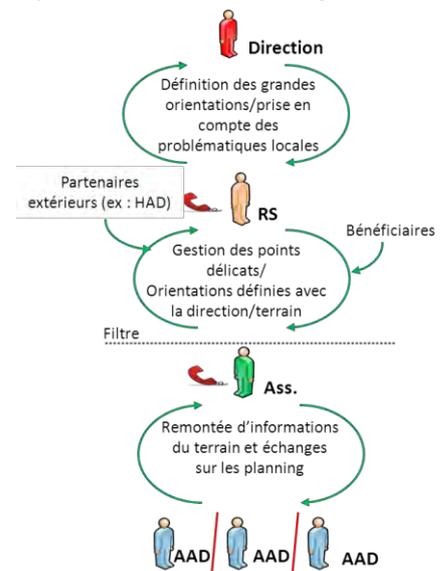
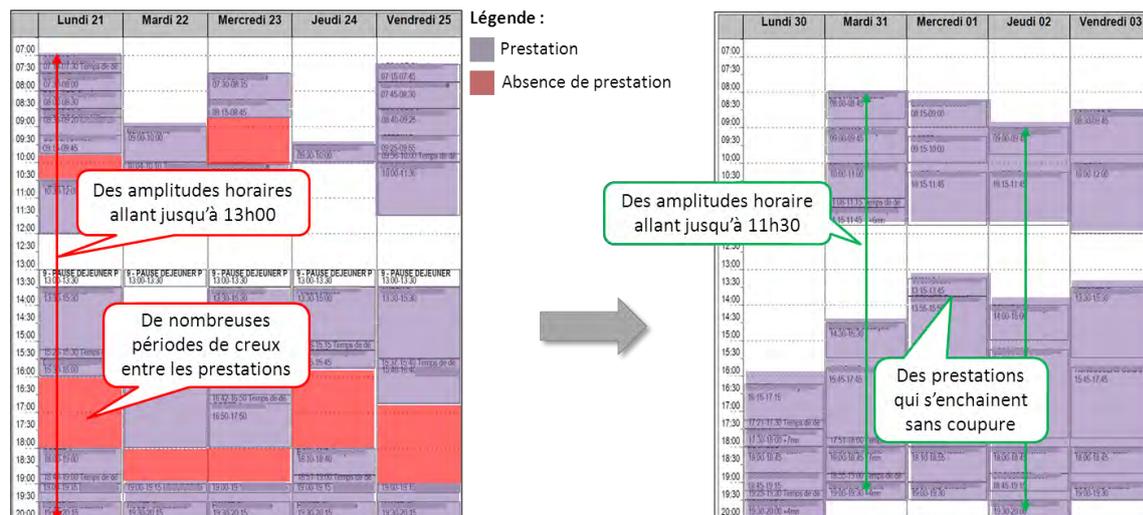


Figure 32 : impact de la nouvelle organisation sur la planification et l'organisation des tournées

Mars 2011 : un manque de présence des AS et RS sur le terrain
→ Peu de régulation et difficultés d'élaboration des plannings

Janvier 2012 : mise en place de la nouvelle organisation par secteur
→ Des régulations collectives permettant d'optimiser les plannings



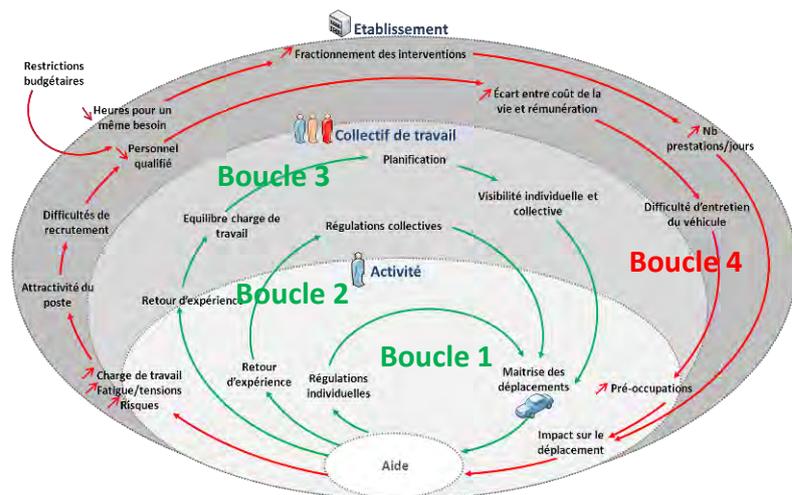
Le premier planning présente de fortes amplitudes horaires impactant sur le temps de récupération et la fatigue ainsi qu'une activité très entrecoupée entraînant une augmentation des déplacements. Au contraire le deuxième planning, réalisé dans l'organisation actuelle présente des amplitudes horaires raisonnables et une activité non entrecoupée.

Ainsi, les régulations au niveau du collectif de travail permises par l'organisation actuelle limitent l'amplitude de travail, permettent d'optimiser les déplacements et d'accroître le temps de récupération. D'ailleurs, après la mise en place de cette nouvelle organisation, les tensions qui étaient présentes au sein du collectif de travail se sont progressivement atténuées.

Comme dans l'HAD et les SSIAD, des régulations au niveau de l'activité des aides à domicile ont été observées. Elles développent des stratégies et mettent en œuvre des savoirs faire de prudence en fonction de leur expérience et de leur vécu sur le terrain.

Finalement, malgré le contexte économique dans lequel elle se trouve et malgré les injonctions contradictoires auxquelles elle doit faire face (cf. figure 33, boucle 4), la structure A a su trouver une alternative organisationnelle permettant la mise en œuvre de régulations individuelles (boucle 1) et collectives (boucle 2 et 3) sources d'une meilleure maîtrise de l'activité et des déplacements.

Figure 33 : mise en œuvre de régulations dans un contexte difficile



4.5 Le SAAD B : un système ne permettant pas toujours l'accès au réel du terrain

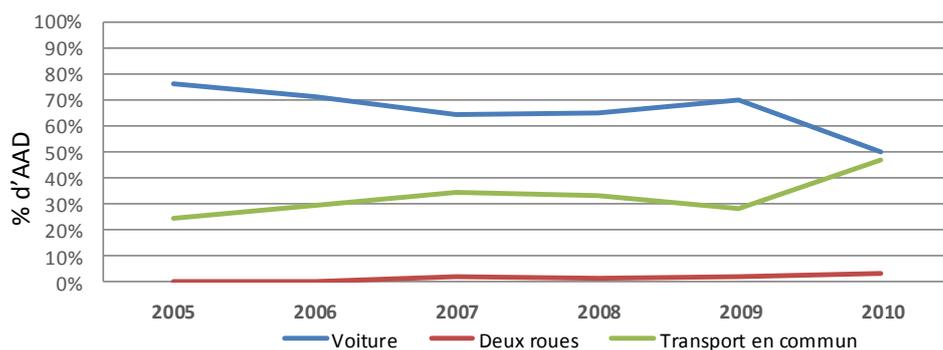
L'activité du SAAD B a évolué au fil du temps, des lois et de la concurrence depuis 1974. Cette structure est passée de 25 à 150 aides à domicile en presque 40 ans mais l'essor et la diversification de l'offre ont été freinés ces dernières années par des difficultés de financement et une concurrence accrue. Par exemple, le développement d'une offre handicap lancée en 2005 est freiné en 2008 par l'arrêt du financement du poste de la responsable de ce service. Ou encore, une garde itinérante de nuit a été fermée en 2009 par manque de financement du conseil général. Progressivement, cette structure a alors recentré son activité sur sa vocation initiale : l'aide à la personne âgée dépendante. Mais, comme vu au chapitre 4.2, depuis 2009, les restrictions budgétaires entraînent une diminution des heures attribuées par bénéficiaires aggravant la dépendance. Comme pour le SAAD A, ces restrictions ont également un impact sur les choix de gestion de la structure ainsi que sur l'activité de travail et de conduite des intervenants à domicile.

L'impact des restrictions budgétaires sur la qualification des ressources et les modalités de déplacements

Comme pour le SAAD A, depuis le désengagement des financeurs en 2008, on constate au sein du SAAD B une diminution de l'embauche et de la qualification des intervenants de catégorie C, les plus diplômés et les plus coûteux. Le choix fait ici est de favoriser les embauches et la qualification de la catégorie intermédiaire, la catégorie B. Cette alternative mise en œuvre face aux contraintes budgétaires est en contradiction avec la professionnalisation du secteur et limite l'attractivité de l'emploi.

Cependant, pour limiter la précarité, ce SAAD favorise l'emploi à temps plein et en CDI. Malgré cela, la structure constate un turn-over qui s'accroît avec l'ouverture des entreprises concurrentes, notamment à vocation lucrative, qui « payent mieux ». En effet, devant le coût de la vie qui augmente et les rémunérations qui stagnent les difficultés financières sont accrues. L'évolution des modes de transport utilisés par les intervenants en est d'ailleurs une bonne illustration (cf. graphique 16).

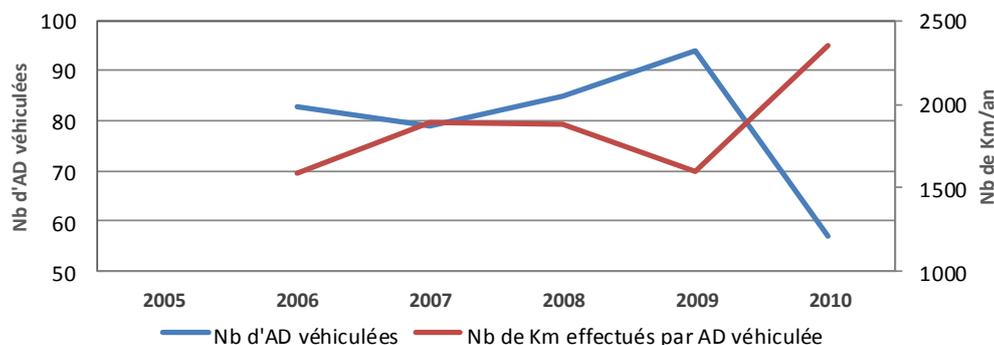
Graphique 16 : évolution des modes de transport utilisés par les intervenants (SAAD B)



Le SAAD B se trouve sur un territoire urbain doté d'un réseau de transport en commun que les intervenants ont la possibilité d'utiliser. En effet, au sein de cette structure le véhicule n'est pas un prérequis à l'embauche. En 2005, 75% des intervenants utilisaient une voiture et environ 25% utilisaient les transports en commun. Au cours du temps, la part d'intervenants utilisant une voiture est de plus en plus faible et la part d'intervenants en transport en commun augmente proportionnellement. Cela est d'autant plus clair de 2009 à 2010 où les courbes se rejoignent quasiment. En effet, devant le coût de la vie qui augmente et des salaires qui stagnent, les aides à domicile ont de plus en plus de difficultés à entretenir un véhicule et se tournent vers l'utilisation des transports en commun qui par ailleurs se développent.

Les restrictions budgétaires ont donc un impact sur les modes de transport utilisés qui eux même ont un impact sur l'activité des intervenants. En effet, le graphique 17, ci-dessous, montre qu'il y a une relation inversement proportionnelle entre le nombre de véhicules utilisés et le nombre de kilomètres réalisés par intervenant.

Graphique 17 : Effet du nombre d'AAD véhiculées sur le kilométrage annuel moyen effectué



Entre 2009 et 2010, on constate une forte baisse d'intervenants véhiculés avec une forte augmentation du nombre de kilomètres réalisés par les aides à domicile véhiculées. Cela est un effet caché de l'utilisation croissante des transports en commun. Les déplacements désormais réalisés en transport ne couvrent pas la totalité des déplacements réalisés en voiture.

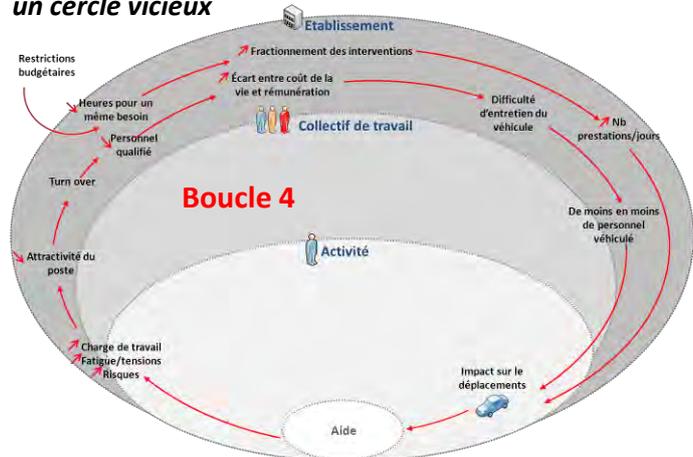
En effet, les transports en commun présentent des limites. Tout d'abord, ils sont inégalement répartis sur le territoire, plus concentrés dans les zones urbaines ils ne couvrent pas l'ensemble du territoire de la structure. Ensuite, certaines missions, telles que la réalisation de courses ou de transport d'usager sont impossibles sans l'usage d'un véhicule. De plus, la réactivité nécessaire en cas d'urgence (ex : remplacement d'un collègue) est limitée. On constate alors

une multiplication de déplacements pour les salariés véhiculés qui sont en mesure de répondre à des urgences ou à des missions que les intervenants en transport ne sont pas en mesure de traiter. Les salariés véhiculés sont d'avantage exposés aux risques et la multiplication de leurs déplacements entraîne une usure plus rapide de leur véhicule venant accentuer leurs difficultés financières.

Finalement, comme pour la structure A, le contexte dans lequel se développe l'activité de la structure B est un contexte difficile qui peut également se traduire par un cercle vicieux (cf. figure 34, boucle 4).

Les analyses ergonomiques de l'activité d'une responsable de secteur et d'une aide à domicile véhiculée nous ont permis de comprendre l'impact du contexte que l'on vient de décrire sur leur activité de travail et de conduite.

Figure 34 : un contexte défavorable constituant un cercle vicieux



Un retour d'expérience mis à mal par le manque d'échanges entre aide à domicile et responsable de secteur

Au sein de cette structure ce sont 5 responsables de secteur (RS) qui assurent la planification des interventions et la gestion des tournées de 103 aides à domiciles véhiculées ou non. Le territoire est sectorisé en 4 grands secteurs pour une facilité de gestion des équipes. Quatre RS sont affectées à chaque secteur et une RS est en charge de la planification du w-end sur l'ensemble du territoire couvert. La gestion et l'organisation des prestations sont centralisées au sein d'une seule et même structure.

Contrairement au SAAD A, il n'y a pas d'assistante au responsable de secteur, les RS sont directement à l'interface entre aides à domicile et bénéficiaires et assurent toute la gestion depuis les demandes de prise en charge jusqu'à la gestion des plannings des intervenantes. Elles assurent principalement de la gestion de l'urgence, notamment pour pallier aux absences des intervenantes ou des bénéficiaires. Elles doivent trouver le meilleur compromis entre répondre aux besoins des usagers et limiter et équilibrer la charge de travail des intervenants en tenant compte de leurs compétences, de leurs expériences, du mode de transport utilisé, des itinéraires, de la modulation du temps de travail, des demandes particulières qu'elles peuvent recevoir. Elles préparent le terrain pour les aides à domicile et se chargent de leur donner un maximum de visibilité. Elles établissent les plannings pour chaque intervenant et les transmettent par l'intermédiaire d'une bannette.

Les aides à domicile peuvent entrer en contact avec les RS sur RDV ou en cas d'urgence mais les échanges spontanés sont rares. En effet, les temps de réunion ou d'échanges ne sont pas financés pour les aides à domicile et restent très occasionnels.

Finalement, cette organisation est basée sur un processus de prescription individuelle descendant qui laisse peu de place aux régulations avec les aides à domicile. Le manque de régulations entre RS et intervenants peut entraîner un sentiment d'isolement pour les aides à domicile et ne permet pas toujours de réintégrer l'expérience du terrain dans la planification

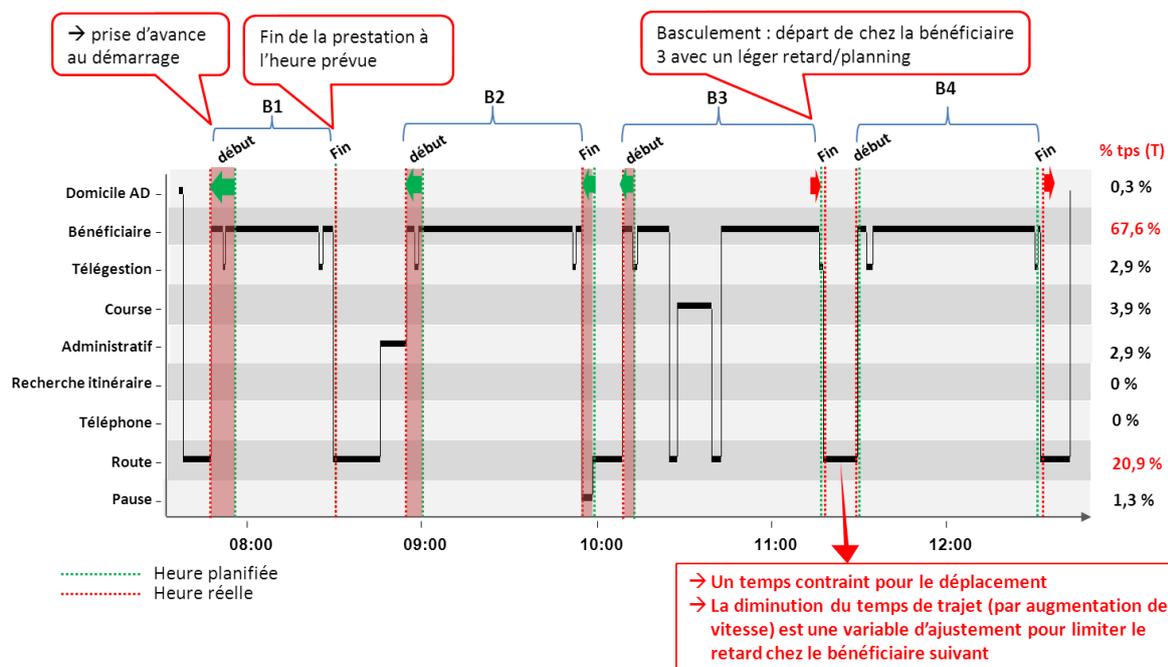
des tournées. L'analyse de l'activité d'une aide à domicile nous permet d'ailleurs d'identifier qu'il y a parfois des écarts entre la prescription et la réalisation d'une intervention. Les observations nous ont permis d'identifier les stratégies qui sont mises en œuvre pour « rattraper » ces écarts et quels sont leurs impacts sur l'activité de conduite.

Une activité en tension entre respect de la prescription et réalisation d'une aide effective

L'aide à domicile observée sur une matinée de travail, de 7h30 à 13h00 a réalisé 4 prestations pour différents usagers sur la base d'un planning établi par les responsables de secteur. Après 12 ans d'expérience au sein de cette structure, elle a une très bonne connaissance et une très bonne appropriation du territoire. Ainsi, elle a emprunté différents raccourcis et a évité les grands axes aux heures de pointes, vers 8h30 et vers 12h00 dans un souci de gain de temps.

Une stratégie de prise d'avance a également été observée. La chronique d'activité ci-dessous (cf. figure 35) présente les différentes actions réalisées en fonction du temps sur toute la matinée de travail.

Figure 35 : chronique d'activité d'une aide à domicile sur une matinée d'intervention



En pointillés vert sont représentées les heures théoriques de départ et d'arrivée chez un bénéficiaire indiquées dans le planning prescrit par la responsable de secteur, en pointillés rouge, ce sont celles réellement observées. Les bandes rouges représentent la marge d'avance que l'aide à domicile parvient à prendre entre deux bénéficiaires. On peut voir qu'au fil des interventions, cette marge d'avance diminue jusqu'à l'observation d'un basculement vers une légère prise de retard après le passage chez le troisième bénéficiaire. Le temps de trajet pour se rendre chez le dernier bénéficiaire devient alors contraint. Dans ce cas, la diminution du temps de trajet par augmentation de la vitesse est la seule variable d'ajustement possible pour ne pas arriver en retard. C'est dans ce type de situation de basculement que le risque est le plus grand.

On a vu que le désengagement des financeurs entraîne une diminution du nombre d'heure par bénéficiaire, pourtant, le besoin reste identique. Dans ce contexte, les aides à domicile se retrouvent en tension entre le respect du temps imparti par la prescription et la réalisation d'une aide effective.

Par exemple, on a pu observer cela lors de l'analyse du travail de l'aide à domicile chez le quatrième bénéficiaire. Alors que la prescription prévoyait sur un délai d'une heure, la préparation, l'aide à la prise du repas et la réalisation de la vaisselle, l'intervenante a passé la moitié du temps imparti à réaliser des tâches supplémentaires mais vitales pour la personne âgée seule et mal voyante. Ainsi elle a nettoyé le pot de chambre, les toilettes, un gant sale laissé par l'infirmière. Elle a également étendu du linge mouillé. La réalisation d'une aide effective et le respect de la prescription amène l'aide à domicile à tenir une cadence élevée source de fatigue et de prise de risque sur la route.

Ce phénomène semble accentué par la mise en place de la télégestion.

La télégestion : outil ou frein pour l'intervention ?

Le système de télégestion est un outil de traçabilité en temps réel des interventions réalisées chez les bénéficiaires, il est utilisé principalement pour la facturation des interventions mais également comme indicateur de l'activité des aides à domicile.

Pour les aides à domicile il s'agit d'un support efficace pour « prouver » leur passage chez un bénéficiaire afin d'éviter toutes contestations. Cependant, c'est un système qui n'est pas toujours fiable et s'il peut révéler les écarts à la prescription, il ne permet pas de les interpréter.

En effet, plusieurs cas de figures ont été relevés. Quand l'activité réelle est conforme au prescrit, l'indicateur vient confirmer le respect de la prescription.

Lorsque l'activité réelle n'est pas conforme à la prescription, différentes stratégies peuvent être déployées :

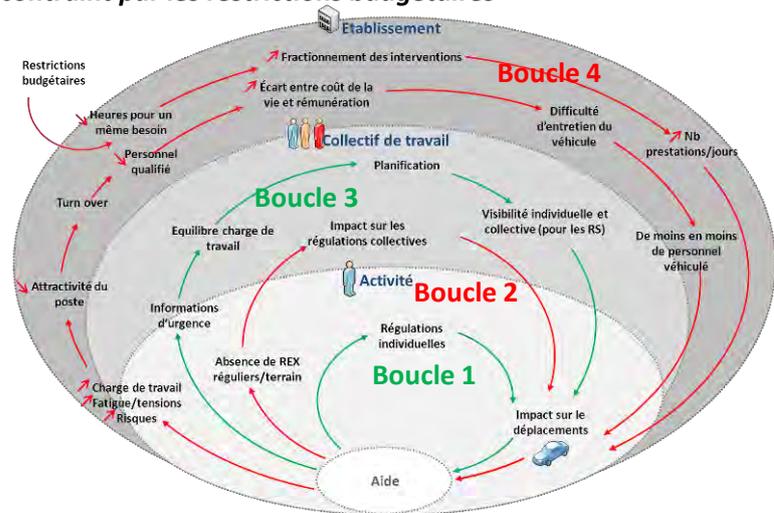
- Certains vont tenir la qualité et les délais coûte que coûte, c'est par exemple, le cas de l'aide à domicile observée. Dans ce cas, la télégestion révèle la conformité à la prescription mais ne dit rien du coût et des risques pour l'intervenant.
- Certains privilégient le respect des délais prescrit au détriment de la qualité. Dans ce cas, la télégestion révèle la conformité au prescrit mais pas l'impact sur la qualité de l'aide.
- Certains privilégient la qualité au détriment des indicateurs. Dans ce cas, la télégestion relève les écarts au prescrit sans apport sur le contenu de l'activité. Un surplus pourra être demandé au bénéficiaire et l'intervenant peut être considéré en faute par rapport à son écart de la prescription alors qu'il a réalisé un travail de qualité.
- Certains privilégient la qualité, leurrent le système de télégestion pour que l'écart n'apparaisse pas et rattrapent le temps perdu sur la route. Par exemple, une aide à domicile fait son code au moment prescrit, et termine ensuite son intervention.

Finalement la télégestion ne permet pas d'interpréter ce qui se passe à côté de la tâche prescrite. Ainsi pour comprendre la contribution de l'activité de l'aide à domicile à la

performance économique, et soutenir le développement de marges de manœuvres il est important d'obtenir des indicateurs sur l'activité réelle des intervenants. Ces indicateurs passent principalement par des temps d'échanges directs et à condition qu'une relation de confiance soit instaurée entre responsable de secteur et aide à domicile.

Malgré le contexte difficile dans lequel la structure B se trouve, des régulations individuelles ont pu être observées, notamment dans la mise en œuvre de stratégies de prise d'avance ou d'emprunt d'itinéraires choisis, permettant une meilleure maîtrise des déplacements. Cependant, dans la configuration actuelle, les échanges entre aide à domicile et responsables de secteur sont limités, les régulations collectives sont donc appauvries et ne permettent pas d'intégrer le réel du terrain dans la gestion des déplacements. Cependant, lors de la gestion d'urgence, les régulations se font et dans ces cas, les responsables de secteur peuvent équilibrer la charge de travail et élaborer une planification permettant de donner de la visibilité aux intervenants concernés afin de limiter les contraintes lors des déplacements (cf. figure 36)

Figure 36 : à la recherche d'alternative dans un contexte contraint par les restrictions budgétaires



Chapitre 5 : Pour une politique de prévention du risque routier professionnel dans l'ESS

5.1. Du diagnostic à l'identification de leviers d'actions

En sollicitant une étude ergonomique sur la prévention du risque professionnel, CIDES-CHORUM et ses partenaires ont souhaité « *mieux cerner les caractéristiques de l'activité de conduite dans les métiers de l'économie sociale [...] pour, dans un second temps, identifier des démarches de prévention pertinentes et construire des outils de prévention à diffuser dans les secteurs¹⁰* ». Les diagnostics réalisés dans les secteurs de l'hospitalisation à domicile (HAD), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et d'aide à domicile (SAAD) ont permis d'identifier des caractéristiques structurantes du travail au sein de ces secteurs. C'est pour agir sur ces caractéristiques, dans une perspective d'amélioration du travail en général et de la maîtrise des conditions de conduite en particulier, que des leviers d'actions ont pu être proposés, à différents niveaux de l'organisation des établissements et sur différents registres de prescription. Ils sont détaillés ci-après.

Ces leviers ne sont pas des solutions. Ils constituent des possibilités d'agir, non exclusives et non exhaustives. L'engagement d'une démarche de prévention du risque routier professionnel consiste, pour un établissement, à identifier les leviers qui s'avèrent les plus pertinents au regard de sa situation propre et d'en définir les conditions de mise en œuvre avant de les actionner. Pour cela, une analyse diagnostique de sa situation peut être réalisée en amont, à l'image des analyses présentées dans les chapitres précédents, afin de repérer les contraintes à réduire, mais aussi les ressources à préserver ou renforcer.

Synthèse du diagnostic

L'activité de conduite professionnelle est une activité de travail. Le déplacement qu'elle permet vise toujours, in fine, la réalisation d'un service particulier à un bénéficiaire, le plus souvent réalisé à son domicile. C'est cet objectif, déterminé par l'ensemble des moyens et des activités mis en œuvre à l'échelle de l'établissement, qu'il faut contribuer à améliorer pour favoriser la prévention des risques en général, et du risque routier en particulier. Ceci incite à comprendre les dynamiques d'activité à l'œuvre au sein de l'établissement pour tenir cet objectif.

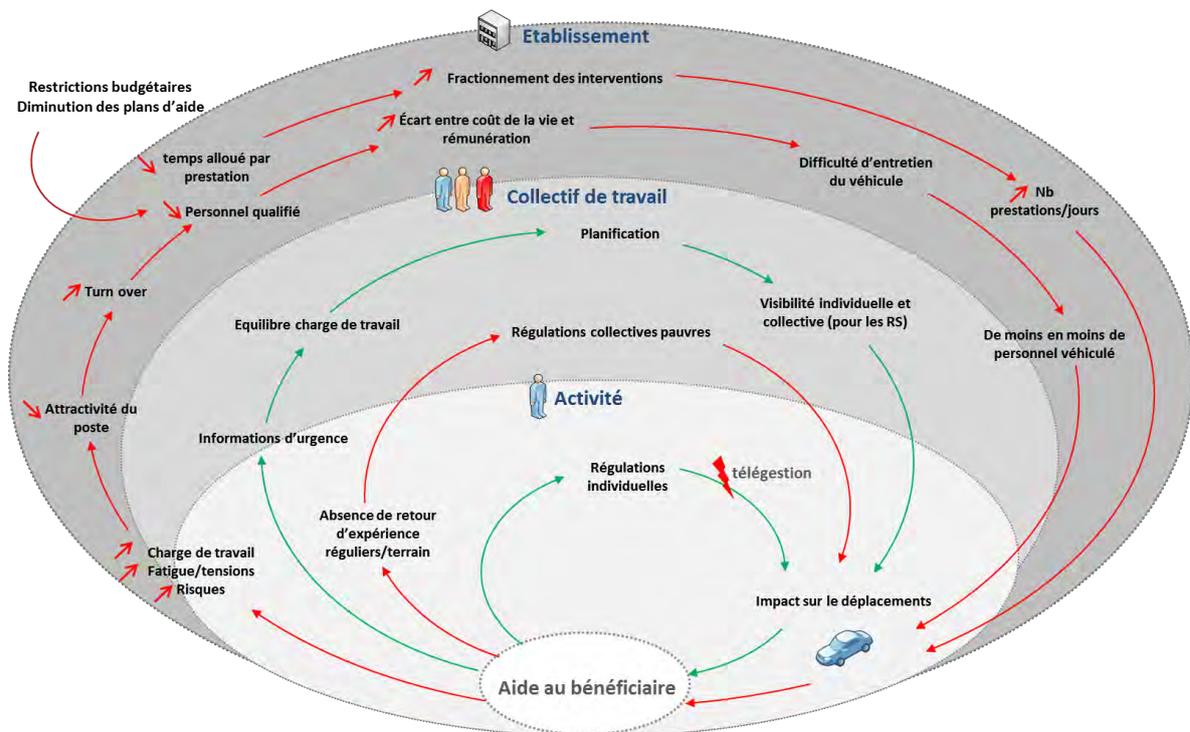
Les diagnostics réalisés dans plusieurs établissements ont permis de repérer des dynamiques d'activité à trois niveaux (cf. figure 37) :

- le niveau de l'activité individuelle, où l'intervenant (l'aide à domicile, l'aide-soignant, etc.) réalise le service auprès du bénéficiaire après s'être déplacé à son domicile,
- le niveau du collectif de travail où se joue, pour l'intervenant, la gestion collective des interventions en lien avec les collègues et l'encadrement,
- le niveau de l'établissement, où s'élaborent les règles et la définition des moyens de l'activité en lien avec la gestion économique et budgétaire du service à rendre au bénéficiaire dans le cadre d'une contractualisation préalable.

¹⁰ Courriel du 23 novembre du chef de projet prévention de CIDES à OMNIA

On observe que l'activité des intervenants est déterminée par les moyens disponibles à chaque niveau, leur permettant (ou non) de réaliser un service de qualité auprès du bénéficiaire, et contribuant en retour à renforcer (ou au contraire à dégrader) ces moyens aux différents niveaux. Cette dynamique est à l'origine de cercles vertueux (ou vicieux) extrêmement structurants dans la vie de l'établissement. Par exemple, la possibilité offerte à l'intervenant de partager avec l'encadrement les difficultés rencontrées lors d'une tournée permet l'intégration de ces événements dans la planification des tournées futures, augmentant les conditions de leur maîtrise par l'intervenant. C'est un cercle vertueux utile à la prévention qu'il faut reconnaître et préserver. A l'inverse, un déficit d'effectif structurel contribue toujours à une fatigue professionnelle et une perte de sens au travail qui limite l'attractivité de l'emploi et renforce immanquablement le déficit d'effectif structurel. C'est un cercle vicieux générant des risques, y compris routiers, qu'il faut pouvoir rompre.

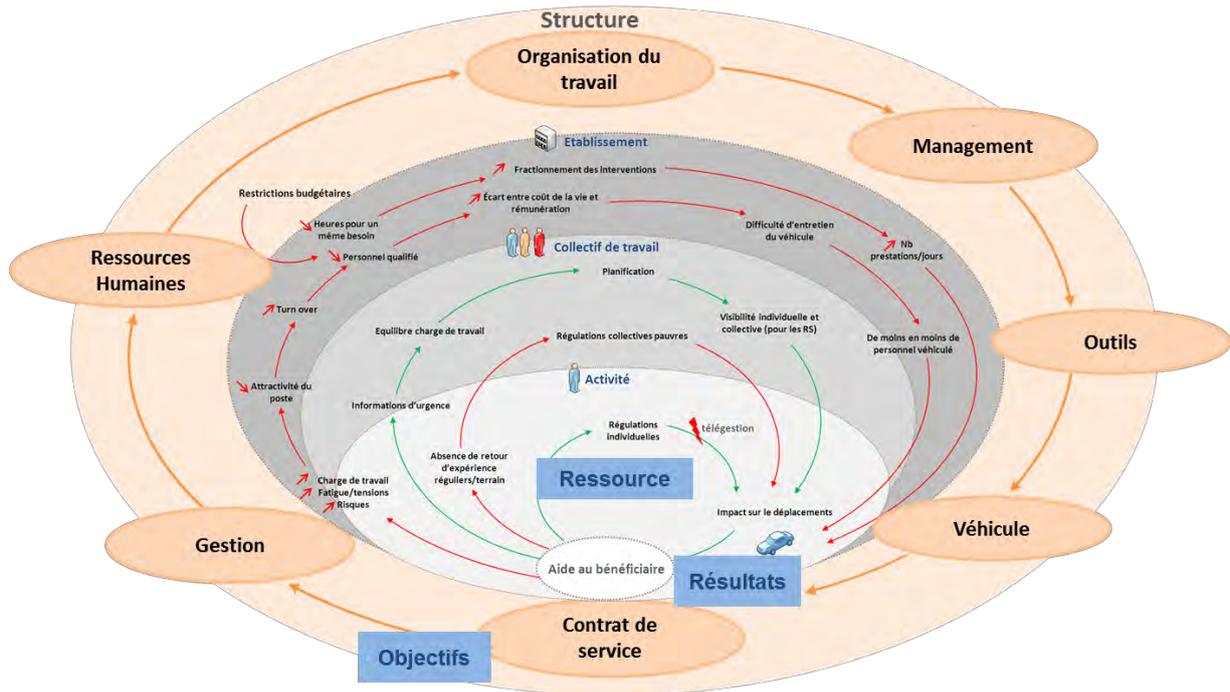
Figure 37 : des dynamiques d'activités prenant la forme de cercles vertueux et vicieux (exemple)



Les analyses du travail ont permis d'identifier, à l'échelle de la structure, les principaux déterminants à l'origine de ces dynamiques d'activité :

- le **contrat de service** (le plan d'aide ou le projet de soin)
- les modalités de **gestion** de la structure
- les **ressources humaines**
- l'**organisation du travail**
- le **management**
- les **outils**
- le **véhicule**

Figure 38 : les principaux déterminants de l'activité



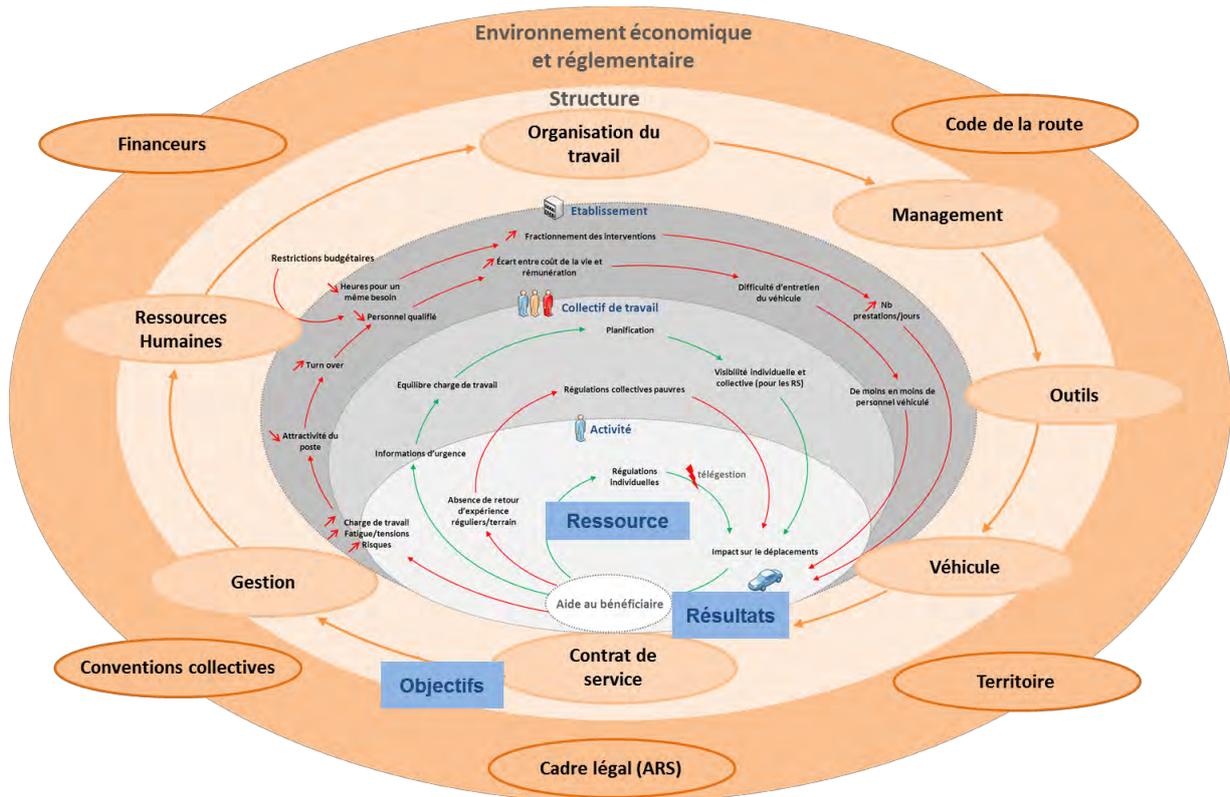
Ces déterminants sont de la responsabilité principale du chef d'établissement, en tant qu'employeur. Cependant, il existe un niveau supérieur de déterminants lié à l'environnement économique, réglementaire et territorial auquel sont soumises les structures (cf. figure 39). Les principaux macro-déterminants identifiés sont :

- le cadre légal,
- les conventions collectives,
- les financeurs,
- le code de la route,
- le territoire.

C'est à ce niveau que sont élaborées les politiques publiques définissant la nature du service à rendre aux bénéficiaires ainsi que les dispositifs financiers supposés soutenir ces politiques. Ces macro-déterminants sont hors de la maîtrise des chefs d'établissement. Ils n'en sont pas moins extrêmement structurants dans la manière dont ils conditionnent l'organisation des établissements, et, *in fine*, l'activité des intervenants.

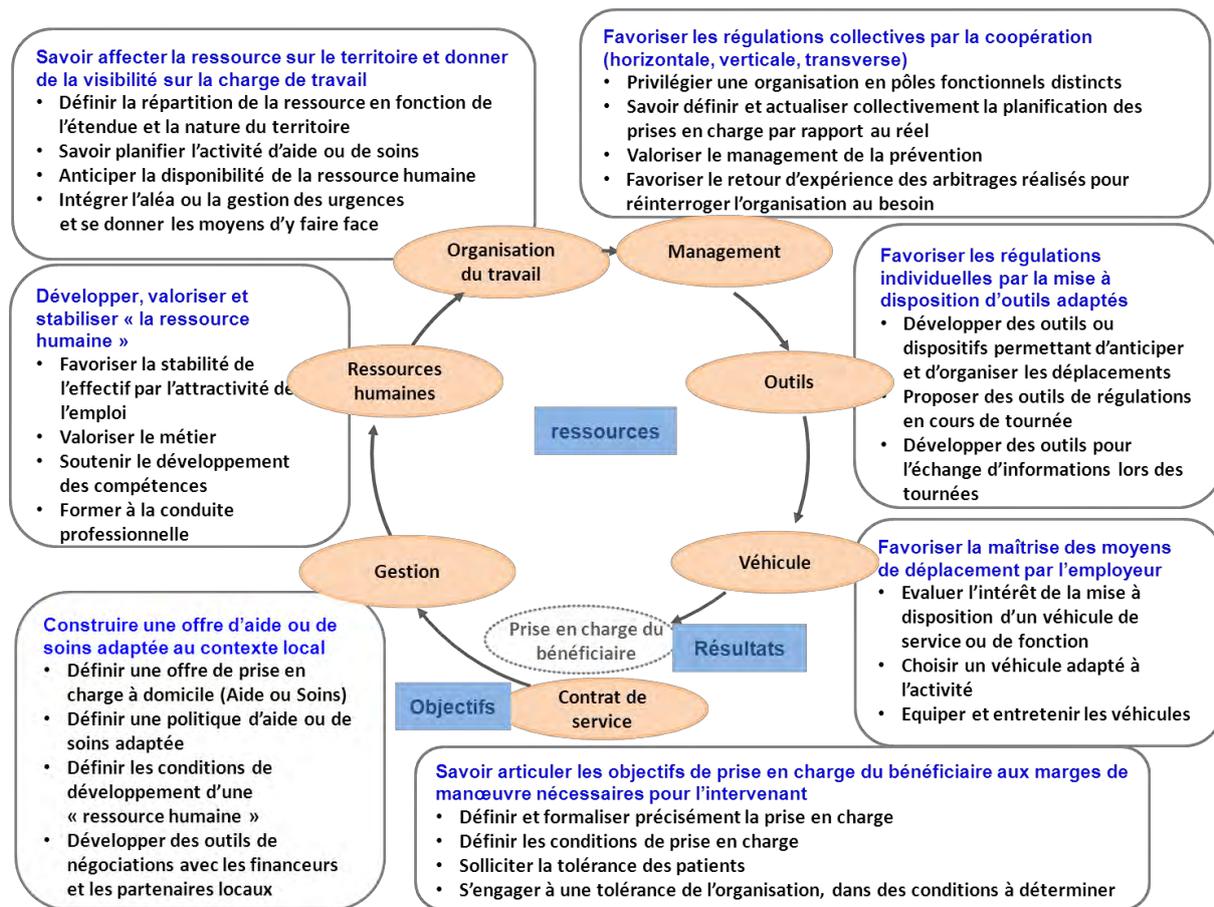
Echappant à la maîtrise des établissements, les macro-déterminants ne font pas l'objet, ici, de préconisations. Cependant, ils ne doivent pas être ignorés des partenaires associés à cette étude qui doivent pouvoir contribuer à agir auprès des pouvoirs publics pour faire en sorte qu'ils constituent des ressources de l'activité plutôt que des contraintes.

Figure 39 : les macro-déterminants de l'activité



Les déterminants identifiés constituent autant de leviers sur lesquels il est possible d’agir pour améliorer le travail, et par là la maîtrise des conditions de conduite professionnelles, des salariés. Ces leviers peuvent être déclinés en actions (cf. figure 40). L’ensemble de ces actions possibles constitue un plan d’action global sur lequel les établissements peuvent s’appuyer pour engager une démarche. Les actions présentées ci-dessous ne sont cependant pas exclusives ni exhaustives et il appartiendra à chaque établissement d’imaginer des actions d’amélioration qui lui soient propres dans les différents champs d’action identifiés.

Figure 40 : leviers d'action possibles pour un plan de prévention global



Ces leviers d'action sont détaillés ci-dessous. L'ordre dans lequel ils sont présentés va volontairement du plus large au plus particulier. C'est un enjeu stratégique qui doit amener les chefs d'établissement à savoir intégrer des actions plus spécifiques (sur le véhicule ou les outils par exemple) dans une politique de développement qui s'appuie avant tout sur des modalités d'emploi, de gestion et d'organisation maîtrisées en lien avec une finalité définie par le service à rendre au bénéficiaire.

5.2. Les leviers d'action : détail des propositions

Agir sur le contrat de service

Le contrat de service entre l'établissement et le bénéficiaire peut prendre plusieurs formes selon le secteur : « accord de prise en charge » en HAD, « plan de soin » en SSIAD, « plan d'aide » en SAAD. C'est dans ce contrat qu'est précisé, de manière détaillée, le service à rendre au bénéficiaire et ses conditions de réalisation. Dès lors, le contrat de service prescrit aussi la tâche et ses conditions de réalisation pour l'intervenant engagé dans la relation de service. Une attention particulière y sera donc accordée, afin de définir des objectifs compatibles avec les moyens dont il dispose tout en préservant les marges de manœuvre dont il a besoin pour faire face aux aléas du travail.

L'enjeu pour la prévention sera ici de **savoir articuler les objectifs de prise en charge du bénéficiaire aux marges de manœuvre nécessaires pour l'intervenant.**

On veillera notamment à :

Définir et formaliser précisément la prise en charge

- ⇒ nature de la prise en charge : définition des missions à réaliser,
- ⇒ limites de la prise en charge : définition de ce que l'intervenant *ne fait pas* avec le bénéficiaire (surtout pour les auxiliaires de vie auprès des personnes dépendantes en SAAD, dont l'engagement peut rapidement dépasser la prescription),
- ⇒ fréquence des interventions au domicile,
- ⇒ engagements réciproques entre la structure, le bénéficiaire et son entourage.

Définir les conditions de prises en charge

- ⇒ déontologie et valeurs respectées (interventions possibles d'homme ou de femme, de nationalités différentes...),
- ⇒ règles de prise en charge (ex : le bénéficiaire doit prévenir en cas d'absence),
- ⇒ mise à disposition de matériel pour les intervenants (ex : lit médicalisé, lève malade...). Ce critère dépend beaucoup du secteur d'activité : généralement pris en charge par la structure en HAD, il est au contraire pris en charge par le patient en SAAD,
- ⇒ anticipation des aléas (absence du patient au domicile, retards, etc.).

Solliciter la tolérance du patient

- ⇒ par rapport aux caractéristiques des intervenants potentiels (homme, femme de toutes nationalités),
- ⇒ par rapport aux aléas susceptibles de se produire pendant l'activité de travail (et de conduite) des intervenants (embouteillage, intempéries, prise de retard chez un patient...),
- ⇒ par rapport à la variabilité possible au niveau des horaires d'interventions

S'engager à une tolérance de l'organisation, dans des conditions à déterminer

- ⇒ par rapport aux demandes spécifiques des patients
- ⇒ par rapport aux changements d'horaires à la demande des patients
- ⇒ par rapport aux aléas possibles durant les interventions.

Ce dernier point, qui va dans le sens d'une amélioration du service au bénéficiaire, devra bien sûr être anticipé dans l'organisation du travail et ne pas générer de contraintes supplémentaires non surmontables pour l'intervenant.

Agir sur la gestion

Toute activité de service s'appuie sur un modèle économique cherchant à équilibrer une offre (d'aide, de soin...) avec une rémunération ou un subventionnement. Cet équilibre fait l'objet, au quotidien, d'une gestion, portant notamment sur les moyens (en effectifs, compétences, matériel, véhicule...) permettant d'assurer le service dans l'enveloppe budgétaire prévue. Autrement dit, le travail est au cœur du modèle gestionnaire du chef d'établissement. Dans une perspective d'amélioration de la qualité de service, on veillera à ce que ce travail soit moins considéré comme un coût à réduire que comme une ressource à valoriser. En effet, la qualité du service au bénéficiaire est directement liée à la qualité de la relation de service qui s'engage entre lui et l'intervenant, et donc à la qualité du travail de ce dernier. Il faut lui donner les moyens de la tenir.

Pour un établissement, son équilibre économique se construit toujours à l'échelle d'un territoire, défini à la fois par ses caractéristiques topographiques (l'étendue du territoire couvert, sa densité, son caractère rural ou urbain), les caractéristiques des bénéficiaires (plus ou moins nombreux, plus ou moins dépendants, plus ou moins isolés...), les caractéristiques du bassin d'emploi (main d'œuvre disponible ou non, qualifiée ou non) et les caractéristiques locales de subventionnement (Conseil Général, ARS...). Ces caractéristiques sont de fait intimement liées aux conditions de conduite des salariés sur ce territoire. L'articulation entre les modalités de gestion et les modalités de conduite doivent donc être particulièrement anticipées.

L'enjeu pour la prévention est ici de **construire une offre d'aide ou de soin adaptée au contexte local.**

On veillera notamment à :

Définir une offre de prise en charge à domicile (aide ou soins)...

- ⇒ intégrant les principes légaux (autorisation...)
- ⇒ intégrant l'enjeu de qualité du travail comme critère de qualité de l'aide ou du soin
- ⇒ cohérent avec la demande locale et le contexte territorial
- ⇒ cohérent avec l'équilibre économique attendu (gain vs coût)

Définir une politique d'aide ou de soins adaptée

- ⇒ offre de service prestataire (lien de subordination en contrat unique) à privilégier pour l'aide à domicile
- ⇒ construction d'une compétence interne (ex: dans les structures de soins : l'infirmière de terrain qui facilite la coordination entre intervenants)
- ⇒ définition des conditions d'intervention avec les prestataires extérieurs

Définir les conditions de développement d'une « ressource humaine »

- ⇒ dimensionnement de l'effectif adapté au nombre de prises en charge
- ⇒ pluridisciplinarité de l'équipe
- ⇒ formation, accompagnement

Développer des négociations avec les financeurs et les partenaires locaux (ARS, CG, ...)

- ⇒ élaboration de stratégies appuyées sur des réseaux locaux et nationaux
- ⇒ définition d'indicateurs en cohérence avec l'activité réelle de la structure
- ⇒ définition d'indicateurs qualitatifs associés aux indicateurs qualitatifs (suivant l'enjeu de ne pas dissocier la « quantification » du service de sa « qualité »)

Agir sur les ressources humaines

La stabilité de l'effectif, les compétences et l'expérience des intervenants sont déterminantes pour la construction d'un modèle organisationnel permettant de répondre aux exigences de l'activité sur un territoire donné. Les analyses ont montré que bien que soumises à des exigences réglementaires, chaque structure construit sa propre politique d'emploi et de gestion des ressources en fonction de son activité et du contexte économique, politique et géographique dans lequel elle se trouve.

L'enjeu pour la prévention est ici de **développer, valoriser et stabiliser « la ressource humaine »**

On veillera notamment à :

Favoriser la stabilité de l'effectif par l'attractivité de l'emploi

- ⇒ Reconnaissance du statut
- ⇒ Type de contrat (favoriser les contrats en CDI)
- ⇒ Rémunération
- ⇒ Horaires de travail, temps plein / temps partiel (donner le choix et favoriser l'accès au temps plein)
- ⇒ Continuité dans les plannings (limiter les interventions en « coupée » et éviter les creux dans les emplois du temps)
- ⇒ Astreinte (répartir l'astreinte sur un nombre important de salariés renforce la ressource et réduit le risque)

Valoriser le métier

- ⇒ Règles de métier
- ⇒ Echanges entre métiers sur la pratique
- ⇒ (Valorisation et développement de l'autonomie dans la mise en œuvre des régulations individuelles)

Soutenir le développement des compétences

- ⇒ Reconnaissance des compétences et de l'expérience par la validation des acquis (VAE)
- ⇒ Accès à la formation
- ⇒ Perspectives d'évolution
- ⇒ Intégration et accompagnement des novices
- ⇒ Intégration dans un collectif de travail

Former à la conduite professionnelle

- ⇒ Mise en place de formations à la conduite professionnelle (qui ne se confondent pas avec la conduite personnelle)

Agir sur l'organisation du travail

La maîtrise des déplacements sur le territoire dépend de la possibilité qu'a un intervenant d'intégrer les aléas ou les urgences grâce à la mise en œuvre de régulations individuelles et collectives au cours de son activité. La répartition des ressources sur le territoire est ainsi déterminante puisqu'elle permet de limiter les déplacements et facilite la réalisation de détours ou d'interventions d'urgence. Par ailleurs, les régulations individuelles et collectives sont possibles à condition que l'intervenant ait une visibilité sur sa charge de travail ainsi que sur celle de ses collègues. Cette visibilité est permise par une planification de l'activité établie en fonction de la disponibilité des ressources et des besoins des bénéficiaires. Elle doit prendre en compte les retours d'expériences de terrain afin d'être la plus cohérente possible.

L'enjeu pour la prévention est ici de **savoir affecter la ressource sur le territoire et donner de la visibilité sur la charge de travail**

On veillera notamment à :

Définir la répartition de la ressource en fonction de l'étendue et de la nature du territoire

- ⇒ Réseau routier et de transport en commun
- ⇒ Densité de population
- ⇒ Localisation des partenaires extérieurs
- ⇒ Centralisation ou répartition des ressources au sein de différentes antennes

Savoir planifier l'activité d'aide ou de soins

- ⇒ Visibilité sur les nouvelles demandes et sur l'évolution des besoins (contact avec le terrain)
- ⇒ Nature, fréquence, localisation de la prise en charge
- ⇒ Coordination avec les collègues ou partenaires
- ⇒ Matériels spécifiques à prévoir (clés, gants...)

Anticiper la disponibilité de la ressource humaine

- ⇒ Effectifs, compétences, expériences, véhicules ou non, plannings existants
- ⇒ Temps de travail et horaires de travail (prise en compte de la modulation du temps de travail)

Intégrer l'aléa ou la gestion des urgences et se donner les moyens d'y faire face

- ⇒ Organisation du partage de l'information pour une bonne réactivité
- ⇒ Ressources disponibles pour la gestion des remplacements d'urgence
- ⇒ Intégration de glissement de planning chez les bénéficiaires

Agir sur le management

Dans les trois secteurs étudiés, plusieurs pôles fonctionnels ont été identifiés. Un premier pôle de direction en charge des orientations politiques et stratégiques, un deuxième pôle de gestion des prises en charges et de coordination des prestations, un troisième pôle de réalisation des soins et un dernier pôle administratif, plutôt transverse et support à l'activité. Les régulations au sein des pôles et l'articulation entre les pôles est déterminante pour l'organisation des prises en charge et l'organisation des déplacements en fonction des exigences de l'activité.

L'enjeu pour la prévention sera ici de **favoriser les régulations collectives par la coopération (horizontale, verticale et transverse)**.

On veillera notamment à :

Privilégier une organisation en pôles fonctionnels distincts

- ⇒ La gestion et développement des structures (gestion politique et stratégique, relations avec les différents partenaires et financeurs...)
- ⇒ La gestion administrative (accueil, comptabilité, facturation des prises en charge...)
- ⇒ L'organisation des soins (la prise en compte des nouvelles demandes, le suivi des prises en charge, l'évaluation des besoins, la planification des interventions, la gestion des plannings et des tournées)
- ⇒ La réalisation des interventions pour la prise en charge des bénéficiaires

Savoir définir et actualiser collectivement la planification des prises en charge par rapport au réel

- ⇒ Réunions formelles régulières entre métiers et entre pairs
- ⇒ Coordination des différents métiers / « ce qui se passe » sur le terrain
- ⇒ Construction d'une planification commune aux différents pôles fonctionnels
- ⇒ Intégration des retours d'expérience pour la définition des tournées et des prises en charge
- ⇒ Intégration des retours d'expérience pour l'actualisation du planning
- ⇒ Échanges de pratiques

Valoriser le management de la prévention

- ⇒ Reconnaître le rôle de prévention dans les attributions du management de proximité
- ⇒ Donner les moyens d'arbitrage au management de proximité/hierarchie

- ⇒ Préserver l'autonomie dans le travail des intervenants au domicile en leur donnant les moyens nécessaires
- ⇒ Favoriser l'entraide et les régulations collectives sur le terrain

Favoriser le retour d'expérience des arbitrages réalisés pour réinterroger l'organisation au besoin

Agir sur les outils

Afin d'organiser leurs déplacements, les intervenants doivent avoir une visibilité sur le travail à réaliser (planning et informations sur les bénéficiaires...). Ils doivent également avoir une visibilité sur la localisation géographique des domiciles et des différents partenaires afin de construire les itinéraires à emprunter. Lors des déplacements, des régulations peuvent également être réalisées entraînant, par exemple, des modifications de parcours ou des visites imprévues. Plusieurs types d'outils ont été identifiés comme ressources pour la maîtrise des déplacements et la réalisation des régulations et sont à développer.

L'enjeu pour la prévention est ici de **favoriser les régulations individuelles par la mise à disposition d'outils adaptés.**

On veillera notamment à :

Développer des outils ou dispositifs permettant d'anticiper et d'organiser les déplacements

- ⇒ Partage d'informations sur les interventions à réaliser : planning commun, dossiers patients, retour d'expérience de collègues
- ⇒ Carte routière, GPS
- ⇒ Système d'échanges téléphoniques

Proposer des outils de régulation en cours de tournée

- ⇒ GPS
- ⇒ Téléphone portable professionnel avec répertoire téléphonique complet
- ⇒ Engager une réflexion sur usage des PDA avec planning vs construction du collectif de travail
- ⇒ Engager une réflexion sur les conditions d'utilisation de kit mains libres Bluetooth au regard des contraintes réelles de communication (différencier appels entrants et sortants, dimensionner correctement les forfaits pour privilégier les appels sortants à l'arrêt, report des appels vers un secrétariat, définir un protocole de communication...)

Développer des outils pour l'échange d'informations lors des tournées

- ⇒ Chez l'utilisateur : cahier de transmission, dossiers patients...

Dans tous les cas, le choix et la construction des outils devra se faire en concertation avec les utilisateurs afin qu'ils répondent à l'ensemble des besoins.

Agir sur les véhicules

Les véhicules utilisés peuvent être personnels, de service ou de fonction. Ce choix qui résulte d'un calcul économique entre la ressource estimée du véhicule et son coût, appartient à l'employeur. L'investissement que représente la mise à disposition d'une flotte de véhicules, qu'ils soient de service ou de fonction peut présenter plusieurs avantages : choix de véhicules adaptés à l'activité, maîtrise de l'aménagement, de l'entretien et de l'équipement des véhicules

en fonction de l'activité, du territoire, des conditions climatiques, etc. Cependant, la mise à disposition d'un véhicule de service peut créer des contraintes pour les intervenants au domicile qui doivent passer par la structure pour récupérer le véhicule, entraînant une multiplication des déplacements. Des compromis sont alors à trouver pour assurer la maîtrise des moyens de déplacement tout en tenant compte des caractéristiques de l'activité de travail.

L'enjeu pour la prévention sera ici de **favoriser la maîtrise des moyens de déplacement par l'employeur**

On veillera notamment à :

Evaluer l'intérêt de la mise à disposition d'un véhicule de service ou de fonction

- ⇒ Mode d'acquisition : achat ou location longue durée – LLD (faire une étude de coûts)
- ⇒ Prise en compte de l'impact sur le risque trajet domicile-travail
- ⇒ Définition des conditions d'utilisation
- ⇒ Choix d'une assurance adaptée (ex : assurance du trajet Domicile bénéficiaire – domicile intervenant)
- ⇒ Indemnisation de frais kilométriques
- ⇒ Suivi de flotte (indicateurs d'accidents matériels, etc.)

Choisir un véhicule adapté à l'activité (y aider en cas de véhicules personnels)

- ⇒ La taille du véhicule doit pouvoir permettre le transport de personnes et de courses
- ⇒ Exigences essentielles de sécurité active et passive (air bag, ABS, ESP, aide au freinage d'urgence...)
- ⇒ Exigences des éléments principaux de sûreté en réponse aux incivilités et au vandalisme

Equiper et entretenir les véhicules (y aider en cas de véhicules personnels)

- ⇒ Équipements spécifiques en fonction du climat : pneus neiges
- ⇒ Organisation de l'entretien des véhicules s'ils sont mutualisés
- ⇒ Intégration du temps d'entretien dans le temps de travail le cas échéant
- ⇒ Externalisation des services d'entretien (services location longue durée par exemple)

Conclusion

L'analyse des activités de travail et de conduite des intervenants à domicile en HAD, en SAAD ou en SSIAD met en évidence une grande diversité de pratiques de conduite professionnelles d'un établissement à l'autre mais aussi au sein d'un même établissement.

Les grandes caractéristiques du travail au sein de ces secteurs ont été identifiées. Elles mettent en jeu des dynamiques à trois niveaux distincts et étroitement liés. Le premier niveau est celui de l'activité individuelle, le deuxième celui du collectif de travail et le dernier celui de l'établissement. Ce sont les moyens mis à disposition à chacun de ces niveaux qui favorisent (ou non) la maîtrise des déplacements pour les intervenants en créant des dynamiques vertueuses (ou vicieuses) ayant un impact sur la maîtrise de l'activité de travail et de conduite.

Des marges de manœuvre peuvent se dégager à chacun de ces différents niveaux. Ainsi, on a vu que malgré un contexte économique et politique très contraint, certains choix stratégiques, de gestion, organisationnels et/ou encore matériels permettent d'offrir les moyens nécessaires à la maîtrise collective et individuelle de l'activité de travail et de conduite.

Les analyses du travail ont permis d'identifier précisément les déterminants mis en œuvre dans cette maîtrise de l'activité de travail et de conduite sur lesquels les responsables d'établissement sont susceptibles d'agir : contrat de service, gestion, ressources humaines, organisation du travail, management, outils, véhicule.

L'identification de ces déterminants permet de repérer des leviers d'action pour la prévention du risque routier professionnel, cependant chaque situation de conduite est singulière et doit être analysée comme telle.

Ainsi les actions de prévention ne doivent pas se limiter à des recommandations générales qui ne répondraient pas au caractère singulier de l'activité de conduite professionnelle. Au contraire, elles doivent s'appuyer sur l'analyse de l'activité de conduite envisagée comme activité de travail au sein d'une structure donnée et tenant compte du contexte géographique, économique et politique dans laquelle elle se trouve. Cela afin d'apporter une réponse spécifique, adaptée aboutissant à une prévention des risques efficace.

Glossaire

ARS : agence régionale de santé

AS : aide-soignant

DMS : durée moyenne de séjour

EPHAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESS : économie sociale et solidaire

HAD : hospitalisation à domicile

IDE : infirmier diplômé d'état

IDEB : infirmier diplômé d'état de bureau

IDEC : infirmier diplômé d'état de coordination

IDELI : infirmier diplômé d'état de liaison

PA : personne âgée

PDA : personal digital assistant (assistant numérique personnel)

PH : personne handicapée

PRIAC : programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

SAAD : service d'aide à domicile

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile



www.chorum.fr

<http://cides.chorum.fr>

ETUDE Etude ergonomique pour la prévention du risque routier professionnel dans l'économie sociale et solidaire

Etude réalisée dans le cadre d'un partenariat :



Rédaction :

> **Perrine Pécot & Laurent Van Belleghem**, ergonomes, OMNIA intervention ergonomique



Avec le soutien de :



Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles.