

Centre de Soins à Domicile : l'activité des aides soignantes (A.S.) à domicile

L'analyse de l'activité réelle des aides soignantes en maintien à domicile, émane à la fois d'une demande du médecin du travail, du président du C.A. du centre de soins et du personnel soignant. Le protocole d'analyse basé sur le suivi des opératrices pendant leur tournée afin de comprendre leur travail sur le terrain.

A la suite des entretiens, des observations ouvertes et de la compréhension du fonctionnement du centre de soins, trois hypothèses sont formulées.

1) Les contraintes économiques du centre associées à des exigences horaires de la part des patients, à la diversité des pathologies et du contexte ainsi qu'une imprévisibilité partielle de l'intervention chez les patients, font que les A.S. planifient en permanence leur tournée. Cette régulation de leur temps de travail est obtenue, plus difficilement à certains moments, par une gestion d'une part des déplacements, et d'autre part des modalités d'intervention chez les patients.

2) Le travail des A.S. comporte plusieurs types d'activités comme les déplacements en voiture, manutentions, soins..., qui sont conditionnés par le temps disponible, par la configuration des locaux, le matériel et l'état même des patients. Ces conditions peuvent être à l'origine de pathologie lombalgique à plus ou moins long terme. Le risque d'usure prématurée, notamment sur le plan physique, permet de s'interroger sur la « longévité » dans cette profession.

3) Du fait d'une attente très forte des patients et de leur famille, des relations proches, durables, avec des patients présentant des pathologies évolutives, les A.S. sont très sollicitées sur le plan relationnel et psychique, et doivent parfois prendre des décisions isolément, dans l'urgence. La dégradation progressive de la santé des patients font que les A.S. affrontent la souffrance, la maladie, la mort parfois mais aussi la détresse sociale dans certains milieux défavorisés. Se préserver est une nécessité qu'elles trouvent par des stratégies individuelles et par une gestion collective au sein de l'équipe qui apporte aide et réconfort.

L'analyse de l'existant montre

↳ que la planification de la tournée ne sacrifie à aucun moment la qualité des soins. Cette planification nécessite, de la part des A.S., un savoir faire mémorisé indispensable et régulièrement réactualisé, pour gérer déplacements et interventions chez les patients. La régulation du temps de travail repose sur un grand nombre de connaissances (de la ville, de la circulation, des patients, de la famille, des lieux) qui permettent de répondre à des exigences horaires malgré une certaine variabilité dans le déroulement des tournées.

↳ que la présence de matériel médicalisé ne diminue pas forcément les postures inconfortables et n'améliore pas toujours les manutentions.

La simultanéité d'autres facteurs comme la configuration des locaux, l'état des patients, la nature même des soins, la collaboration efficace ou non de la famille joue un rôle important sur le travail physique des A.S.

↳ que la relation étroite soigné/soignant génère non seulement une proximité physique et psychique avec le patient dans son intimité mais également une proximité et une diversité relationnelle considérable avec l'environnement familial.

La confrontation à la maladie, la dégradation de l'état de santé souvent irréversible, la souffrance physique des patients, la détresse psychologique de la famille sont parfois lourds à gérer pour les A.S..

La recherche de solutions pour prévenir la pénibilité des soins à domicile, avec la notion que les locaux à domicile sont outre des lieux de vie, des lieux de travail pour de multiples intervenants (aides ménagères, kinésithérapeutes, etc...) réclame de mobiliser des réseaux d'acteurs diversifiés (personnels soignants, gestionnaires du maintien à domicile, architectes, organismes de financement du logement social...).

La création et l'animation d'un groupe de pilotage regroupant différents centres de soins (gestionnaires et personnel soignant), des médecins du travail, des architectes chargés de la réhabilitation de logements pour personnes âgées avec notamment la création d'un logement témoin adapté à leurs besoins,

a facilité la concertation, les échanges jusqu'alors inexistantes,

a changé un certain nombre d'idées préconçues sur la profession,

avec les actions possibles sur la redéfinition des fonctions des aides soignantes et une mobilisation des centres de soins pour une revalorisation régulière du forfait journalier.

La reconnaissance de ces habiletés et compétences et la réalisation de tâches « invisibles » comme celles mises en place dans la régulation du temps de travail mais également dans la gestion de situations à fortes composantes relationnelles et psychiques, pose la question de leur formation.

Cette formation axée, semble-t-il, plus principalement sur les tâches physiques, ne devrait-elle pas prendre en compte cette composante mentale importante dans leur activité et inséparable de la composante physique ?