



Contexte de travail et SST

Études et recherches



GUIDE RG-718



Prévention des risques dans l'aide et les soins à domicile

**Expérience croisée de bonnes pratiques organisationnelles
au Québec et en région Wallonie-Bruxelles**

*Esther Cloutier
Agnès Van Daele*



Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement. www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine Prévention au travail, publié conjointement par l'Institut et la CSST. Abonnement : 1-877-221-7046

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales
2011
ISBN : 978-2-89631-585-7 (PDF)
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
Télécopieur : 514 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
décembre 2011



Contexte de travail et SST

Études et recherches



GUIDE RG-718

Prévention des risques dans l'aide et les soins à domicile

Expérience croisée de bonnes pratiques organisationnelles
au Québec et en région Wallonie-Bruxelles

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

*Esther Cloutier,
Service de la recherche, IRSST*

*Agnès Van Daele,
Université de Mons, Belgique*



Cette publication est disponible
en version PDF
sur le site Web de l'IRSST.

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles des auteures.

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

PRÉAMBULE

Ce guide a été élaboré dans le cadre d'un projet intitulé : « Favoriser la qualité des emplois dans l'aide à domicile en Wallonie-Bruxelles et au Québec : comparaison et valorisation des bonnes pratiques ».

Ce projet a été financé par la V^o Commission mixte permanente de coopération Québec / Wallonie- Bruxelles (2007-2009).

Il associe deux équipes de recherche : l'Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du travail (IRSST) représenté par Mme Esther Cloutier et le Service de Psychologie du Travail (SPT) de l'Université de Mons, représenté par Mme Agnès Van Daele.

Le projet vise à favoriser et à soutenir des emplois de qualité dans le secteur de l'aide et des soins à domicile. Partant du constat que ce secteur est aujourd'hui en pleine expansion mais qu'il connaît un certain nombre de difficultés en matière de conditions de travail, les deux partenaires ont développé des recherches approfondies sur ces conditions. L'objectif visé est une amélioration de ces conditions au sens large (y compris l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines), prévenant les risques en matière de santé et de sécurité, augmentant la qualité de l'emploi et permettant une revalorisation de métiers traditionnellement féminins. Ces recherches se basent sur plusieurs sources de données et en particulier, sur l'observation du travail réel. Elles se sont déroulées en étroite interaction avec des acteurs de terrain et ont donné lieu à de nombreuses pistes de recommandation pour améliorer la situation.

Ainsi, l'équipe de l'IRSST a réalisé une première recherche sur la santé, la sécurité et l'organisation du travail dans les emplois de soins à domicile. Ce sont les contraintes de travail expliquant les risques des emplois des infirmières mais aussi des auxiliaires familiales et sociales (AFS)¹ qui ont été particulièrement étudiés dans cette recherche. Les stratégies mises en œuvre par les prestataires pour réduire l'effet des contraintes ont aussi été analysées et des recommandations d'intervention ont été formulées (Cloutier et coll., 1998). Une autre recherche a porté sur le rôle de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies de travail protectrices des risques chez les AFS et les infirmières des services de maintien à domicile. Un modèle d'organisation du travail protecteur de la santé et de la sécurité du personnel a été proposé. Celui-ci a été utilisé pour élaborer et valider un questionnaire sur les risques pour la santé et la sécurité au travail des AFS (Cloutier et coll., 2005). Des travaux complémentaires concernent d'une part l'influence des contraintes temporelles (horaires de travail et heures supplémentaires) sur les stratégies protectrices des AFS (Bourdouxhe et coll., 2002) et d'autre part, une comparaison entre les conditions de travail de prestataires de services publics et d'agences privées (Cloutier et coll., 2006). Enfin, des analyses portant sur la transmission des savoirs faire de métier entre personnel expérimenté et novice ont aussi été réalisées (Cloutier et coll., 2007).

Le Service de Psychologie du Travail de l'UMONS a participé au projet PROXIMA (2003-2007). Ce projet a été cofinancé par le Fonds Social Européen et par le Service Public Fédéral

¹ Dans la suite, nous utiliserons AFS pour signifier « Auxiliaire familiale et sociale ». Il s'agit de la dénomination en vigueur au Québec au moment où ces travaux se sont déroulés.

(SPF) belge Emploi, Travail et Concertation Sociale. Il vise à étudier et à améliorer les conditions de travail des aides familiales (AF) à domicile en Belgique. Pour ce faire, une recherche et de nombreuses actions destinées au secteur ont été développées. Ainsi, un état des lieux du secteur de l'aide à domicile (structure, cadre réglementaire, profils des prestataires et des clients²...) a été dressé. Une vaste enquête par questionnaire a aussi été réalisée. Elle a porté sur plus d'un millier d'aides familiales (AF)³ et une centaine de services actifs dans l'aide à domicile (SAD)⁴. Outre le profil des AF et des SAD, les résultats de l'enquête ont permis d'évaluer la qualité du travail, le bien-être des AF, la gestion mise en place par les services ainsi que d'établir un certain nombre de relations entre ces variables (Ver Heyen & Vandenbrande, 2005 ; Léonard et coll., 2005). Ces résultats ont également permis d'identifier six domaines d'action prioritaires pour améliorer les conditions de travail dans l'aide à domicile : la gestion des âges, l'organisation des prestations, la prévention, le soutien des AF, l'entente avec les clients et la reconnaissance sociale des métiers. Par ailleurs, un certain nombre de bonnes pratiques et d'outils déjà existants sur le terrain ont été recueillis et répertoriés dans un inventaire qui a été mis à la disposition du secteur. Enfin, un manuel a été rédigé à l'intention des employeurs des SAD. Ce manuel détaille comment il est possible de gérer les différentes étapes du processus d'aide afin d'améliorer la qualité du travail et le bien-être des AF. On insiste sur l'organisation du travail qui constitue un levier important d'amélioration. L'approche préventive constitue le fil conducteur du manuel. Ces travaux ont donné lieu à la publication de trois brochures édités par le SPF belge Emploi, Travail et Concertation sociale. Ces brochures s'intitulent : « Travailler comme aide familiale à domicile. Principaux résultats de l'enquête Proxima », « Travailler comme aide familiale à domicile. Inventaire des outils et des bonnes pratiques pour améliorer les conditions de travail » et « Travailler comme aide familiale à domicile. Manuel pour l'amélioration des conditions de travail dans l'aide à domicile ».

Dans le cadre du présent projet, la coopération s'appuie sur l'expertise acquise par les deux partenaires à propos du même secteur. Elle vise à valoriser et à transférer cette expertise, en échangeant des résultats de recherche; en particulier, des résultats opérationnels à propos des bonnes pratiques organisationnelles dans l'aide à domicile, en vue d'augmenter leur visibilité tant en Région Wallonie-Bruxelles qu'au Québec.

De manière concrète, cette coopération a donné lieu à ce **guide pratique** destiné à tous les acteurs du secteur et plus spécifiquement, aux employeurs des SAD.

Ce guide comprend quatre principales parties : une introduction, la description du contexte des soins et de l'aide à domicile tant au Québec qu'en Région Wallonie-Bruxelle, la proposition d'un modèle des principaux déterminants de la santé et de la sécurité au travail dans l'aide et les soins à domicile et enfin, plusieurs pistes de bonnes pratiques organisationnelles.

² Les personnes qui reçoivent des soins et/ou de l'aide à domicile peuvent être désignées de différentes façons : clients, patients, personnes aidées, clients ... Dans la suite, nous proposons d'utiliser principalement le terme de client.

³ Dans la suite, nous utiliserons AF pour signifier « Aide familiale ». Il s'agit de la dénomination en vigueur en Belgique.

⁴ Dans la suite, nous utiliserons SAD pour signifier « Service (de soins et) d'aide à domicile ». Ce terme convient à la fois pour le Québec et pour la Région Wallonie-Bruxelles.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	1
2. CONTEXTE.....	3
AU QUÉBEC	3
EN RÉGION WALLONIE-BRUXELLES.....	4
3. UN MODÈLE DES DÉTERMINANTS DE LA SST DANS L'AIDE ET LES SOINS À DOMICILE	7
4. LES PISTES DE BONNES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES	11

1. INTRODUCTION

On assiste à un vieillissement des populations dans les pays occidentaux. Ceci a plusieurs répercussions sur les systèmes de santé. Outre le fait que les patients sont plus âgés, on constate une augmentation importante de la diversité et de la gravité des incapacités ainsi que des pathologies rencontrées ce qui entraîne une demande accrue en termes de soins et d'aide. Parallèlement à ce phénomène, les gouvernements ont été confrontés à une crise des finances publiques, qui les a mis face aux enjeux du contrôle des coûts et de l'accroissement de l'efficience des soins de santé. Pour ce faire, ils ont adopté une nouvelle orientation en matière de dispensation des soins de santé et des services sociaux : le virage ambulatoire. Celui-ci consiste à offrir des soins de santé en maintenant la personne malade, convalescente, handicapée ou en perte d'autonomie dans sa communauté et son milieu de vie ou à dispenser des soins dans des centres hospitaliers de jour sans hébergement. L'hospitalisation, plus coûteuse, est remplacée le plus possible par diverses options ou réduite. Le réseau mise désormais davantage sur les services et les soins dispensés à domicile. L'essor des nouvelles technologies permet et contribue aussi au transfert à domicile de soins qui nécessitaient auparavant l'hospitalisation. Les soins ainsi transférés à domicile sont très diversifiés; ils incluent aussi bien des suivis d'opération après moins d'une journée à l'hôpital, des traitements de chimiothérapie ou d'antibiothérapie que des dialyses. Ces soins s'ajoutent à ceux dispensés à la clientèle traditionnelle des soins à domicile qui est celle des personnes âgées en perte d'autonomie. Comme les services aux clients peuvent dépendre de plusieurs établissements, services et organismes et impliquer plusieurs professions, assurer la continuité des soins et services devient un enjeu important car plus difficile et complexe.

On constate ainsi un accroissement du nombre de clients à domicile mais les ressources humaines pour répondre à cette demande n'ont pas augmenté de façon proportionnelle car l'ensemble des ressources financières nécessaires n'a pas accompagné la réforme. De plus, ces changements s'opèrent dans un contexte où la main-d'œuvre, majoritairement féminine, est vieillissante. Or, des statistiques récentes portant sur le secteur de la santé montrent que les emplois de soins et d'aide à domicile sont à risque pour la santé et la sécurité (SST), autant et même davantage chez le personnel jeune que chez le personnel âgé.

L'ensemble de ces contraintes se combinant, elles ne sont pas étrangères au fait que l'on assiste à différents processus de transformation du métier des auxiliaires familiales et sociales (AFS) au Québec et des aides familiales (AF) en région Wallonie-Bruxelles. En effet, on assiste à un double mouvement de décomposition/recomposition des fonctions du métier. D'une part, le métier s'appauvrit par l'élimination ou la réduction de tâches non spécialisées de type domestique ou d'accompagnement, à forte teneur relationnelle. Simultanément, une tendance à une qualification accrue se développe en permettant l'exécution d'actes auparavant réservés aux infirmières qui sont en pénurie. Cependant, cette délégation d'actes tend à augmenter la dimension technique du travail au détriment des aspects relationnels qui demandent du temps, temps qui est de plus en plus contraint.

Dans ce contexte, l'augmentation de la charge de travail fait partie des tentatives de réorganisation par les gestionnaires afin de concilier l'ensemble des exigences contradictoires auxquelles ils sont soumis. Ceci conduit à une intensification du travail des AFS et des AF à

cause de l'augmentation des contraintes physiques, mentales et psychiques qu'elles subissent ce qui se répercute sur les risques à leur SST. Les AFS et les AF doivent donc de plus en plus se concentrer sur les aspects techniques des soins aux dépens des aspects relationnels de leur travail. On leur demande malgré tout implicitement d'assurer ces aspects relationnels mais sans les reconnaître officiellement en tant que composantes réelles de leur travail exigeant du temps. Ceci place les travailleuses face à des choix psychologiquement douloureux car les dimensions relationnelles constituent pour elles une composante très importante de leur métier, voire la principale.

Ce contexte de travail des soins et de l'aide à domicile étant très préoccupant en termes de SST, plusieurs travaux de recherche ont été effectués sur ces populations dans différentes régions dont le Québec et la région Wallonie-Bruxelles. Ces études ont conduit à plusieurs constats permettant de guider la prévention des problèmes de SST. Ce guide a pour objectif de profiter de l'expertise qui s'est développé de part et d'autre de l'Atlantique afin d'insister sur certaines bonnes pratiques qui sont ressorties de ces travaux comme étant les plus prometteuses et qui sont les plus novatrices. Ces bonnes pratiques ne sont pas présentées comme des recettes à appliquer directement telles quelles mais plutôt comme des pistes d'aménagements organisationnels que les partenaires sociaux doivent se réapproprier dans leur milieu.

2. CONTEXTE

Au Québec

Au Québec, le patient est placé au centre du système et les structures ont été mises en place pour répondre à ses besoins. Ainsi, les services de soins et d'aide à domicile (SAD) sont assurés par les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui sont des organismes publics répartis dans chaque région du Québec. Dans chacun des SAD, on retrouve du personnel de différentes professions : des infirmières, des travailleuses sociales, des ergothérapeutes, des AFS et parfois même des médecins. Ces personnes sont souvent appelées à collaborer entre elles pour assurer la continuité des soins et services dont il a précédemment été question. De plus, pour assurer cette continuité, les SAD de CLSC sont de plus en plus imbriqués dans des réseaux complexes de rapports entre services et établissements de santé. Les modalités locales et régionales de ces mécanismes d'intégration affectent l'existence et la qualité de la continuité des soins et services dans laquelle s'insèrent les suivis individuels des patients qui reçoivent des soins. Les AFS sont des personnels importants dans ce suivi car ce sont elles qui sont le plus longtemps à domicile et qui peuvent ramener de l'information utile aux professionnels responsables du patient. Les autres professionnels des SAD disent d'elles qu'elles sont « les yeux et les oreilles » du service.

Les nouvelles orientations du secteur de la santé au Québec avec le virage ambulatoire comprenaient entre autres des consignes interdisant aux CLSC de faire des déficits et d'avoir des listes d'attente. Elles ont donc entraîné de multiples réorganisations dans les CLSC et les SAD. Ainsi afin de respecter les exigences des orientations et politiques ministérielles, les SAD n'ont souvent guère eu d'autres choix que de recourir à différents types de stratégies de régulation de la demande et de l'offre de soins et services. Les modes de régulation privilégiés à l'égard des AFS visent à réduire les coûts des soins et services à l'unité. Cela passe par des choix de gestion des ressources humaines. Il s'agit, d'une part, d'augmenter la charge de travail du personnel en place en augmentant le nombre de clients à visiter chaque jour et en diminuant la durée de chacun des soins. D'autre part, il faut recourir à du personnel à statut précaire qui ne travaillent que sur appel (soit du personnel également qualifié à l'emploi du CLSC, soit du personnel d'agences privées, le plus souvent moins qualifié), ou, encore, à du personnel embauché directement par les clients (programme appelé Chèque emploi service), sans qualifications professionnelles requises, à l'aide d'une subvention fournie par le CLSC. Enfin, en éliminant des tâches non spécialisées de type domestique et en les confiant à d'autres personnels de l'économie sociale qui ne dépendent pas du CLSC.

Au cours de leurs journées de travail, les AFS réalisent différents types de tâches. En premier lieu, il y a celles qui consistent à fournir un soin ou une assistance à une personne et qui présentent souvent une forte composante physique. On pense, au bain, au transfert et au rangement de la salle de bain, suite au soin d'hygiène. Ces tâches sont génératrices de risques particuliers notamment en termes de postures extrêmes, très contraignantes. Le dépistage et le soutien social constituent une autre composante importante du travail des AFS. Ces tâches se déroulent tout au long des prestations, ont lieu simultanément aux soins ou sont intercalées entre les étapes de soins physiques. Bien que ces tâches de dépistage et de soutien social permettent de

communiquer des informations essentielles aux intervenantes-pivots, pour le suivi et la prévention des détériorations de l'état de santé des clients, elles ne sont pas toujours reconnues officiellement et ne figurent pas au plan d'intervention. De plus, comme elles sont invisibles, elles ne sont pas toujours prises en compte dans la répartition des charges (cas lourds/cas légers) entre AFS et elles ne sont pas comptées, non plus, dans le temps de travail ni dans les statistiques officielles du service. Des recherches ont, en effet, révélé que la réalisation de ces tâches modifie la façon d'accomplir les tâches physiques et, conséquemment, souvent le temps requis. Le dépistage et le soutien social requièrent, en effet, une grande attention portée à l'état de la personne, une perception d'indices très fins et aussi d'être à l'affût du désir de communiquer du patient. La non prise en compte de ces tâches contribue au lourd bilan de SST de ce personnel.

En Région Wallonie-Bruxelles

En Belgique et plus spécifiquement, en Région Wallonie-Bruxelles, l'aide à domicile est assurée par des services d'aide à domicile (SAD), privés ou publics, pouvant être regroupés au sein de centres de coordination. Une distinction est à faire entre les formules de coordination interne - une structure rassemble un ensemble de services sous la direction d'un même employeur - et les formules de coordination externe - une structure passe des conventions de collaboration avec d'autres structures autonomes -. En Wallonie, ce sont les centres de coordination interne qui prédominent.

On dénombre environ une centaine d'organismes offrant des services d'aide à domicile, dont un peu plus de la moitié dans le secteur public. Ces organismes proposent différents services et regroupent plusieurs catégories de prestataires : aide-ménagère, aide-familiale (AF), garde-malades... Assez souvent, ces organismes proposent aussi des services de soins à domicile. Ceux-ci sont dispensés par des infirmières.

Le maintien au domicile de personnes (parfois fortement dépendantes) nécessite de plus en plus un travail en réseau entre différents intervenants professionnels (prestataires des soins et de l'aide à domicile) mais aussi non professionnels (intervenants de proximité tels que l'entourage immédiat). Ce réseau doit permettre à la fois une diversification des services apportés à la personne mais aussi assurer leur continuité dans le temps. Dans ce réseau, tout comme les AFS au Québec, les AF ont un rôle-clef à jouer car ce sont elles qui passent le plus de temps auprès des clients et donc, qui peuvent le mieux assumer leur suivi, transmettre des informations aux autres intervenants...

Comme au Québec, l'augmentation et la diversification des demandes d'aide à domicile ne se sont pas accompagnées d'une augmentation subséquente des ressources. Beaucoup d'organismes wallons et bruxellois ont aujourd'hui des listes d'attente. En ce qui concerne plus spécifiquement les SAD, leur financement est strictement limité - on parle de contingentement -. Des plafonds sont établis pour le nombre de prestations admissibles auprès d'un même client. Dans ce contexte, beaucoup de SAD ont opté pour une organisation du travail qui consiste à diminuer la durée des prestations auprès d'un même client. Alors qu'avant, une prestation pouvait durer 4 heures voire plus, aujourd'hui, la plupart des prestations dure 2 heures. Du point de vue

organisationnel, ceci permet de multiplier le nombre de prestations (et donc, de répondre à plus de demandes) mais du point de vue des AF, cela s'accompagne d'une intensification du travail, d'un rétrécissement de leur activité qui a tendance à se polariser sur les tâches les plus urgentes et les plus techniques (bain, repas, nettoyage ...) au détriment d'autres tâches comme les tâches plus relationnelles.

En Belgique francophone, il existe un statut de l'aide-familiale. Selon celui-ci, l'AF est une travailleuse polyvalente qui exerce sa fonction au sein d'un organisme, sous la supervision d'un travailleur social. Elle intervient de manière temporaire auprès de personnes âgées, malades ou handicapées en difficulté pour accomplir tous les actes de la vie quotidienne. Elle a pour rôle principal de maintenir ces personnes à domicile et de leur assurer une qualité de vie. Les tâches prescrites renvoient aux domaines suivants : aide à la vie quotidienne (déplacement, courses, préparation des repas, nettoyage...), aide à la santé (hygiène, confort, sécurité de la personne...), aide relationnelle (écoute, soutien, maintien de l'autonomie...), aide sociale (démarches administratives, budget...), aide sur le plan éducatif (soutien aux familles, conseils aux parents...). Par contre, l'AF ne peut pas répondre à des demandes qui ne sont pas de sa compétence et en particulier, elle ne peut pas assumer des soins techniques tels que les piqûres, les pansements... qui restent la prérogative des infirmières à domicile.

L'existence de ce statut pourrait laisser penser que les limites du métier d'AF sont bien précises, que la spécificité de ce métier est reconnue. En réalité, sur le terrain, cela est beaucoup plus flou. D'une part, il arrive que les AF soient sollicitées par les clients ou leur entourage, pour réaliser immédiatement certains actes de soin technique. Par ailleurs, beaucoup de clients demandent surtout du nettoyage. Or, il existe dans l'aide à domicile, d'autres prestataires dont la spécificité réside justement dans ce type de tâche. Il s'agit des aide-ménagères. Depuis le début des années 2000, le gouvernement belge a mis en place un système particulier appelé « titres-services » visant la création d'emplois dans le secteur de l'aide-ménagère, permettant à des personnes faiblement qualifiées sans emploi de trouver ou de retrouver du travail. Pour garantir le succès du système, le gouvernement intervient financièrement et la contribution que l'utilisateur doit encore apporter lui procure un avantage fiscal. Ce système a connu un succès considérable de sorte qu'aujourd'hui un nombre non négligeable de clients se tourne vers ce système plutôt que vers les services classiques d'aide à domicile.

3. UN MODÈLE DES DÉTERMINANTS DE LA SST DANS L'AIDE ET LES SOINS À DOMICILE

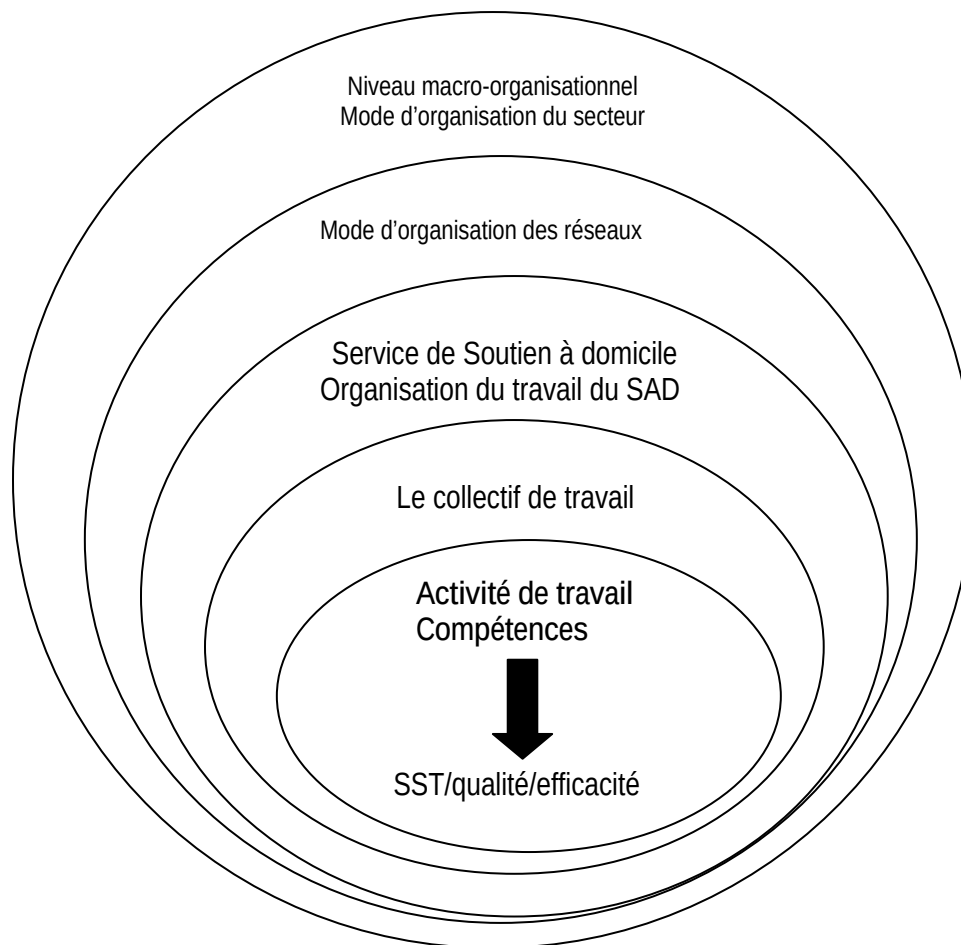
Le travail du personnel de soin et d'aide à domicile doit se comprendre à travers un réseau d'inter-relations complexes. La figure 1 tente une schématisation en représentant plusieurs niveaux de déterminants qui ont leur importance. En influençant l'activité de travail du personnel de soins et d'aide à domicile, ces éléments ont des effets sur leur SST ainsi que sur la qualité des services offerts. Ce modèle met aussi en évidence que ces grandes catégories, définissant le travail du personnel, sont conditionnées par un contexte macroscopique caractérisé entre autres par des consignes ministérielles, le vieillissement de la population et la pénurie de main-d'œuvre. De plus, ces différents aspects du travail évoluent dans le temps à travers le contexte macroscopique, l'organisation du travail, l'état de santé des clients et la capacité du réseau à les prendre en charge, les caractéristiques du personnel et des collectifs de travail ainsi que l'environnement. Par conséquent, lorsqu'on examine l'activité du personnel, on doit être conscient de l'impact de l'ensemble de ces composantes. Il est évident que dans certaines situations, quelques aspects prennent le dessus sur d'autres. Il ne faudrait d'ailleurs pas négliger l'effet potentiel de facteurs qui sont présents bien qu'invisibles.

À un niveau plus macroscopique, les politiques gouvernementales de tous types (budgets, fusions, virage ambulatoire, outils de prise en charge et de suivi des clientèles, type de statistiques compilées sur les soins, etc.) réduisent très fortement les marges de manœuvre des SAD, ce qui se répercute sur l'offre de services et la charge de travail du personnel. Ainsi l'état, joue un rôle fondamental dans la prescription du travail en tant qu'employeur, notamment dans la mise en place de normes sur la charge de travail. Or, ce qui se passe dans les SAD dépend également des modes d'organisation des réseaux notamment à propos de la répartition des budgets, du type de gestion des ressources humaines et de la SST, des politiques et procédures élaborées, du recours aux agences privées de soins et du style d'implantation des changements dans l'organisation. Enfin, une disponibilité ou non en ce qui a trait à l'offre de service du privé, l'existence ou non de protocoles de liaisons entre établissements ainsi que la fusion de différentes organisations conditionnent de manière très forte le travail du personnel. Enfin, pour les SAD, différents facteurs organisationnels ont une influence importante sur le travail. On peut énumérer à titre d'exemples, la formation, la présence ou non d'équipe multidisciplinaire, les horaires de travail, la tenue de réunions professionnelles, les stratégies de transmission d'information utilisées et la qualité des rapports entre les différents groupes professionnels.

Le collectif de travail, composé des pairs, a également un rôle important à jouer. Son existence ou non influence le travail, son mode de fonctionnement, les règles informelles qui l'animent de même que les représentations du travail et de la SST qui y sont partagées. Enfin, comme le travail à domicile implique la coordination de professionnels de différents métiers, il est également influencé par l'existence ou non d'un collectif inter-professionnel. Il est donc important de connaître les types de mécanismes de régulations qui existent, les modes de fonctionnement, les règles informelles de fonctionnement et de communication partagés par les professionnels de même que les représentations du travail et de la SST.

Dans ce contexte très complexe de travail, les compétences des AFS et des AS constituent un enjeu très important en termes de qualification. Des études ont montré que toutes leurs tâches ne sont pas pensées en tant que travail. Plusieurs d'entre elles demeurent invisibles particulièrement celles qui constituent un processus complexe de négociation avec le client comprenant l'observation de l'état de la personne, greffée à une connaissance antérieure de sa condition, le respect de son autonomie, une perception claire des tâches formelles à exécuter, du temps nécessaire pour les réaliser et du temps officiellement alloué. Il faut aussi tenir compte du fait que dans les domiciles privés, lieux d'intimité, la confusion est facile et fréquente entre les soins formels et informels, ainsi qu'entre les soins à composante affective et les relations affectives personnelles et choisies. Ceci rend parfois impossible la distinction entre le travail physique et affectif, et vient souvent brouiller la relation de service de soins et d'aide, la rendant ambiguë. Ce travail très subtil requiert des compétences particulières et la prise de responsabilités. Comme leur formation formelle est relativement faible à ce sujet, et qu'elle porte principalement sur les tâches physiques associées aux soins, c'est avant tout par l'expérience pratique du métier que les personnes développent ces compétences. Une grande partie de ces compétences méconnues sont de l'ordre des habiletés relationnelles nécessaires pour que réussissent les subtiles négociations pour amener les clients à collaborer aux soins, dans le cadre de plusieurs contraintes, en particulier celles de temps.

Figure 1 - Modèle des déterminants de la SST dans l'aide et les soins à domicile



Tiré de : Cloutier E., David, H., Ledoux, É., Bourdouxhe, M., Teiger, C., Gagnon, I. & Ouellet, F. (2005).

Si l'on reprend les différents niveaux du modèle d'analyse on peut illustrer qu'un facteur organisationnel particulier n'évolue pas en vase clos et qu'au contraire, il entraînera une réaction en chaîne qui influencera les autres niveaux et aura des répercussions sur le travail des AFS et des AF. Par exemple, au Québec, à un niveau macro-organisationnel (secteur d'activités), la rareté de la main-d'œuvre, particulièrement chez les infirmières et les médecins, entraîne une diminution des effectifs disponibles au sein des réseaux, puis au sein des SAD. Cette rareté de main-d'œuvre a incité le gouvernement québécois à introduire des modifications à la Loi sur les infirmières et les infirmiers⁵. Ces modifications ont ajouté de nouveaux actes réservés à ceux que les infirmières peuvent poser de manière autonome, sans devoir être sous l'autorité d'un médecin, dans les soins à domicile, ce qui accroît leur qualification et accélère le traitement des patients. Ces nouvelles dispositions permettent d'autre part de dégager les infirmières de certaines tâches exigeant moins de qualifications, qui leur étaient auparavant réservées, et de les

⁵ En amendant le Code des professions, la Loi 90 (juin 2002) a touché 11 ordres professionnels et modifié neuf lois concernant le système de santé. C'est dans le domaine des soins infirmiers que les changements ont été les plus importants.

faire exécuter dans certains contextes par des « intervenants non professionnels », salariés ou non, qui ne sont pas infirmières dont les AFS. Ces changements ont pour conséquences d'augmenter la charge des AFS ainsi que celle des superviseures. Ce manque d'effectifs lié à la rareté de la main-d'œuvre et à un problème de financement aura ainsi des conséquences sur l'activité de travail réalisée au quotidien par les AFS et par ricochet sur leur SST, la qualité et l'efficacité du soin ou de l'aide dispensés.

Dans cet exemple, on soulève l'importance de s'attaquer à la rareté de la main-d'œuvre. Comme les solutions à ce niveau sont cependant difficilement envisageables à court terme et apparaissent peu à la portée des SAD, nous proposons de s'interroger sur les mesures qui peuvent, justement être prises au niveau « local » sur l'organisation du travail afin d'en limiter les conséquences sur l'activité de travail du personnel. C'est à ce niveau que se situent les pistes de bonnes pratiques qui sont présentées dans ce guide.

4. LES PISTES DE BONNES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES

Dans la suite, nous proposons de mettre en évidence plusieurs pistes de bonnes pratiques organisationnelles dans les SAD. Compte tenu des constats qui précèdent, ces pistes sont à préconiser tant au Québec qu'en Région Wallonie-Bruxelles.

Il ne s'agit pas d'établir une liste exhaustive de toutes les actions possibles mais plutôt d'indiquer des directions novatrices en matière d'amélioration des conditions de travail, moins souvent mises en évidence dans les guides de prévention. Il ne s'agit pas de solutions prêtes à l'emploi mais des pistes que chaque SAD peut s'approprier, peut adapter en fonction de ces spécificités.

Pour chaque piste, nous décrivons la bonne pratique organisationnelle préconisée. Nous justifions ensuite cette recommandation en développant les principaux problèmes que cela permet d'éviter en matière de SST. Enfin, nous exemplifions en nous basant sur des pratiques déjà existantes sur le terrain.

Fixer les limites du travail à domicile

Le travail à domicile est le plus souvent un travail d'équipe où plusieurs AFS ou AF se relaient auprès des mêmes clients. D'autres intervenants (infirmières, kinésithérapeutes, médecins, ergothérapeutes...) sont également concernés. Or, ce travail collectif est principalement asynchrone, ce qui signifie que les travailleurs doivent se coordonner sans nécessairement se rencontrer au domicile des clients. Il est donc crucial que chacun sache précisément ce qu'il doit faire. Cette délimitation précise des tâches est d'autant plus importante que les AFS ou les AF se trouvent fréquemment confrontées à des demandes qui dépassent largement leur mission. À cause des liens affectifs qui se tissent, les prestataires éprouvent beaucoup de difficultés pour refuser ces demandes. Pour éviter qu'elles se retrouvent dans des situations de conflit de rôles, particulièrement préjudiciables sur le plan de la santé psychologique, les SAD doivent clairement définir les tâches permises. Ils doivent également préciser les tâches interdites. Ces différentes tâches doivent être annoncées aux clients et à leur entourage et ce, dès le début de la prise en charge. Les conditions dans lesquelles l'aide sera prestée, notamment en termes d'hygiène, de sécurité du lieu de travail et de matériel disponible, doivent également être correctement communiquées. Ceci contribue à l'établissement d'une relation respectueuse entre les prestataires et les clients. Ceci peut être rapproché d'un code de bonne conduite que les différentes parties s'engagent à respecter. Afin de garantir ce respect, il convient bien entendu de préciser les engagements réciproques le plus possible en concertation avec les parties concernées. En outre, il faut prévoir des actions si des engagements ne sont pas respectés.

Il est intéressant de relever ici une pratique qui consiste à passer un « contrat de bien-traitance réciproque » entre les SAD et leurs clients. En cas de non respect du contrat, une modalité d'appel (avertissement) est prévue mais les conséquences peuvent aller jusqu'à l'arrêt des services. Plusieurs éléments doivent être pris en compte pour parvenir à une pratique efficace : les formulations des engagements doivent être suffisamment larges pour recouvrir des réalités parfois très diversifiées et évolutives, il est nécessaire de discuter avec le client et son entourage

des règles de travail et de leur application dans le contexte qui les concerne, le contrat doit être régulièrement mis à jour, il faut veiller à ce qu'il soit bien diffusé auprès des prestataires...

Aménager l'environnement de travail

Le domicile étant un lieu de vie, il ne présente pas toujours des conditions d'environnement idéales pour favoriser la SST du personnel de soin et d'aide à domicile. Bien qu'il ne soit pas possible de faire des changements majeurs de l'environnement, depuis plusieurs années déjà dans le secteur de la santé au Québec, les SAD sont fortement incités à demander à leur clientèle de faire des aménagements relativement minimaux dans les salles de bain pour faciliter le travail des AFS. Ceci est particulièrement important puisque des études ont révélé que ces travailleuses passent plus de la moitié du temps de soin d'hygiène en postures contraignantes pour le dos ou les membres inférieurs. Ces aménagements concernent notamment l'installation de douches téléphones, de barres d'appuis et de tapis anti-dérapant. Il a été démontré que leur utilisation permet au personnel de rester debout moins longtemps pendant les soins à la baignoire, les travailleuses adoptant principalement la posture agenouillée. Cette posture abaissée est moins contraignante ce qui permet de se protéger et de réduire les problèmes de dos entre autre. De plus en plus, il existe des politiques dans les SAD stipulant que les services d'aide à domicile seront rendus à condition que le client accepte de se procurer et d'installer les équipements requis déterminés après évaluation de ses capacités et de son domicile. En cas de refus, les services peuvent cesser. Ces organisations font même signer des contrats à cet effet aux usagers. La plupart des SAD dispose de banque d'équipements qui peuvent être mis à la disposition des clients si c'est nécessaire afin de réduire les problèmes de SST liés à l'environnement de travail à domicile.

Faire participer les professionnelles aux suggestions d'aménagements

Dans l'aménagement des domiciles, le point de vue des AFS et AF est primordial. En effet, celles-ci connaissent bien le travail réel avec les patients, elles perçoivent donc bien les difficultés en matière de SST qu'il engendre et ont le plus souvent déjà réfléchi à des pistes d'aménagement possibles. Les SAD ont intérêt à impliquer les AFS et les AF dans leur démarche de gestion des risques, tant au niveau de l'analyse (dépistage) qu'au niveau de la mise en œuvre des solutions. Faire participer les professionnelles est aussi une manière de s'assurer de leur adhésion par rapport aux aménagements mis en place. Toutefois, cette approche participative présente quelques limites. Tous les risques ne sont pas visibles et les travailleuses qui y sont confrontées, ne peuvent pas tous les détecter. Par ailleurs, face à des situations complexes (liées à des pathologies lourdes, par exemple), l'expertise de spécialistes (ergonome, ergothérapeute...) est souvent nécessaire.

Néanmoins, pour dépasser une politique de sécurité qui est encore trop souvent défensive (protection des AFS et des AF par des mesures d'information, de formation ou de soutien), les SAD doivent développer plus de prévention primaire, se traduisant par des changements sur les lieux de travail. Associer les AFS et les AF à cette démarche est gage d'efficacité.

Stabiliser les situations de travail

Face à un nombre croissant de demandes et en l'absence d'une augmentation parallèle de ressources financières, les SAD ont tendance à multiplier les prestations de courte durée. Par ailleurs, ils assignent les nouveaux clients aux prestataires ayant des disponibilités. Celles-ci se trouvent alors fréquemment confrontées à de nouvelles situations de travail par rapport auxquelles elles manquent de connaissances (sur les clients, leur entourage, l'environnement de travail, la continuité des soins...). Ce manque de connaissances associé à une pression temporelle non négligeable, ne permet pas aux professionnelles de mettre en œuvre des stratégies de régulation et entraîne une augmentation de leur charge. Dès lors, dans un tel contexte, on constate une plus grande focalisation sur les aspects techniques du travail au détriment des aspects relationnels, ce qui est ressenti de manière très négative par les AFS et les AF.

Stabiliser les situations de travail, c'est donner aux prestataires la possibilité d'acquérir par l'expérience pratique, des compétences (notamment des habiletés relationnelles) particulièrement utiles pour réguler leur charge de travail et se protéger en matière de SST. Ainsi, bien connaître les caractéristiques des clients, cela permet de les amener à collaborer plus activement aux soins, ce qui entraîne une réduction de la charge physique, un gain de temps... Stabiliser les situations de travail permet en outre de mieux rencontrer les attentes des clients et de leur entourage. En effet, les personnes aidées expriment assez fréquemment qu'elles ne souhaitent pas changer de prestataires. Stabiliser les situations de travail est donc gage d'une meilleure qualité des services et d'une plus grande satisfaction tant du point de vue du personnel que des clients.

Il convient toutefois de souligner une limite. Il existe des situations plus difficiles que d'autres, en relation principalement avec le degré de dépendance des clients (cf. personnes séniles, gravement malades, incontinentes, en phase terminale...). Attribuer les cas les plus lourds (les plus dépendants) toujours aux mêmes AFS ou AF peut évidemment être source d'épuisement professionnel. Une solution intéressante consiste à affecter quelques clients de profils diversifiés à une petite équipe de prestataires, d'âge et d'ancienneté différents. Cette manière d'organiser les prestations permet de répartir la charge liée à un cas lourd sur plusieurs prestataires. Cela permet aussi une organisation plus flexible lors d'absences. Cela favorise la coopération entre générations, ce qui constitue un facteur de protection de la santé au travail. Cela facilite la transmission de savoir-faire des plus expérimentées vers les plus novices. Enfin, soulignons que le travail en équipe permet aussi de mieux gérer les émotions pouvant être liées à des événements douloureux (tels que le décès d'un client, par exemple). Les membres d'une équipe peuvent en effet partager leur expérience et se soutenir mutuellement.

Donner du temps aux collectifs professionnel et inter-professionnel

Dans les soins et l'aide à domicile, une caractéristique importante du travail est son isolement. Les AFS ou AF travaillent le plus souvent seules au domicile. Cette situation ne favorise pas les échanges, ni avec le responsable et les collègues (collectif professionnel), ni avec les autres intervenants (collectif inter-professionnel). Les occasions d'échange sur les savoir-faire (en particulier lors de la confrontation à des cas difficiles) sont rares et quand elles sont prévues par

l'organisation, elles sont souvent « sacrifiées » pour faire face à une demande accrue de prestations.

Or, on sait qu'un métier est d'autant plus protecteur par rapport à l'usure professionnelle qu'il permet de construire des points de repères communs pour son exercice quotidien, ce qu'on appelle « les règles de métier ». Ces règles renvoient à ce qui se fait et à ce qui ne se fait pas, à comment on se comporte dans telle situation, face à telle personne, à comment on résout tel type de problème... Ceci est d'autant plus important pour les AFS et les AF qui sont fréquemment placées dans des situations de dilemmes : faire (ou ne pas faire) une tâche non prévue, accepter (ou non) une demande, choisir de faire le ménage plutôt que d'écouter ... Même si un cadre est fourni par les SAD (par exemple sous la forme de règles déontologiques), les prestataires élaborent leurs propres règles et ce, pour trancher les dilemmes, pour réagir en cas d'urgence ou d'imprévu, pour gagner du temps... Il est donc très utile que les SAD encouragent par le biais de réunions (formelles ou informelles), le partage et l'évaluation collective des règles de métier. Pour construire ces règles, il faut que les AFS ou AF identifient les situations critiques ou problématiques qu'elles rencontrent. Il faut aussi que les solutions individuelles soient examinées. C'est sur cette base que des règles communes peuvent être décidées pour chaque situation, en accord avec le responsable.

En ce qui concerne la concertation pluridisciplinaire (collectif inter-professionnel), il faut mentionner qu'elle est encore trop souvent quasi-inexistante, ce qui est mal vécu par les AFS et les AF, et ce qui est finalement préjudiciable aux clients. Ce constat est évidemment très dommageable car cela dévalorise le travail des AFS ou AF qui ont pourtant un rôle-clef à jouer pour assurer la qualité et la continuité des soins. En effet, ce sont elles qui passent généralement le plus de temps au domicile des clients et qui entretiennent les relations les plus étroites avec eux. Elles peuvent donc fournir des informations précieuses aux autres intervenants. Inversement, il est important qu'elles disposent d'informations pertinentes. Elles doivent par exemple être tenues au courant de l'évolution de l'état de santé de certains clients. Il est essentiel de reconnaître les AFS ou AF comme des interlocutrices à part entière et de beaucoup plus les intégrer dans toute décision concernant les personnes sont elles assument la prise en charge.

Préserver l'autonomie dans le travail

Le travail de soin et d'aide à domicile nécessite un niveau d'autonomie élevé car le personnel est seul à domicile et est appelé à dispenser des soins divers dans des environnements changeant. Or, cette autonomie par rapport à l'organisation de leur travail est de plus en plus menacée par les transformations en cours dans le secteur de la santé qui visent à optimiser au maximum le temps de travail. Il est bien connu que l'autonomie au travail joue un rôle positif sur la SST si les moyens suffisants sont mis à la disposition du personnel pour réaliser son travail. Dans le cas des soins et de l'aide à domicile, plusieurs études ont montré qu'une certaine autonomie dans la gestion du temps de travail a un impact positif sur la SST des travailleuses : l'impact de la gestion de leurs routes de travail ressort tout particulièrement à cet égard. La latitude laissée par certaines organisations en ce qui concerne la possibilité de modifier l'ordre des prestations au cours de la journée de travail fournit en effet des marges de manœuvre permettant aux personnels de réguler leurs activités de travail afin de s'ajuster à leur état de santé et de fatigue, à celui des

clients et à l'environnement de travail. Or, une grande variabilité à tous ces niveaux est partie intégrante du travail du personnel de soins et d'aide à domicile. Ainsi, il est possible de voir à l'œuvre, chez des travailleuses expérimentées et ayant une longue connaissance de leurs clientèles, des stratégies préventives en termes de gain de temps, ou de réorganisation des routes.

Former en tenant compte de l'évolution du profil des clients

Le profil des clients est en constante évolution. Les crises économiques successives couplées à une perte des solidarités familiales ont donné lieu à la prise en charge de personnes aux conditions de vie de plus en plus précarisées. Le vieillissement démographique s'est accompagné chez les clients d'une plus grande prévalence de certaines pathologies liées à l'âge telles que les démences. Or, ces évolutions qui sont en grande partie liées au virage ambulatoire déjà évoqué, ne sont pas toujours suivies d'un ajustement de la formation reçue par les AFS ou AF. Ces dernières manquent souvent de connaissances sur l'accompagnement de clients dits « difficiles » car atteints de pathologies lourdes, agressifs, consommant des drogues... Elles ne prennent pas suffisamment en compte les spécificités de ces clients pour dispenser les soins, ce qui alourdit leur charge de travail, tant sur le plan physique que psychique.

Ces éléments sont peu abordés dans la formation initiale des prestataires. Ils doivent faire l'objet de plus de formations continues. Il s'agit d'ailleurs d'une demande fréquente de la part des AFS ou AF. Ces formations doivent permettre la mise en œuvre de façons de faire novatrices qui facilitent le travail. Ces façons de faire, pouvant être très différentes d'une pathologie à l'autre, reposent sur une approche relationnelle de soins. Il s'agit de prendre soin des personnes en tenant compte de leur globalité, en maintenant avec elles une vie relationnelle, en améliorant la communication et en suscitant leur collaboration active aux tâches. Sur un plan plus affectif, l'objectif est d'aider les AFS ou AF à mieux vivre des situations parfois difficiles et par là, à être plus efficaces et plus satisfaites.

Ces formations doivent être proposées à un maximum de professionnelles (y compris les plus jeunes et/ou les plus novices). Ceci contribue à la prévention de l'usure professionnelle (pouvant engendrer démotivation, épuisement professionnel et abandon précoce du métier).

Organiser la transmission des savoirs de métier

Plusieurs études ont montré que le personnel de soin et d'aide à domicile d'expérience développent de nombreux savoirs de métier leur permettant de préserver leur santé physique et psychologique en réduisant la charge physique, cognitive et affective tout en dispensant des soins de qualité et en obtenant des gains de temps. Ces stratégies touchent plusieurs aspects de leur travail et elles ne s'apprennent qu'avec la pratique du métier en étant confronté à différents contextes de travail au fil du temps. Comme nous l'avons mentionné précédemment, ces personnels vont bientôt prendre leur retraite en grand nombre ce qui pourrait mettre les milieux de travail en danger de perdre cette connaissance accumulée avec l'expérience et, ce dans un contexte de vieillissement de la population entraînant une augmentation des besoins de soins et d'aide à domicile. De plus, il est important de mentionner que ces savoir-faire accumulés ne

deviendront pas obsolètes puisqu'ils ne sont pas uniquement techniques, ils ont trait notamment à l'amélioration de la qualité relationnelle et affective ainsi que la réduction des contraintes posturales. Ces acquis d'expérience sont précieux il est donc essentiel de penser à la transmission de ces savoir-faire ainsi qu'à l'organisation de l'intégration et l'accueil des novices dans les milieux de travail.

Dans la majorité des SAD, il n'existe pas de prise en charge des novices pour leur transmettre le savoir-faire des expérimentées. Dans certains cas des programmes d'intégration des novices commencent à voir le jour dans quelques milieux de travail. Les nouvelles AFS ou AF sont alors accompagnées par des travailleuses expérimentées pendant plusieurs jours (2 à 5 jours selon leur niveau d'expérience et les établissements). Pendant cette période, elles rencontrent les autres AFS ou AF du collectif de travail ce qui leur permet d'élargir le réseau de personnes expérimentées auxquelles elles peuvent recourir. Ces programmes favorisent l'intégration sécuritaire et compétente des nouvelles. Ceci contribue à favoriser la rétention de cette nouvelle main-d'œuvre qui se sent accueillie et à valoriser les travailleuses expérimentées puisque l'organisation reconnaît les savoir-faire de métier qu'elles ont développées. Ces expériences permettent d'identifier des pistes d'aménagements organisationnels qui favorisent la transmission dont les principales sont :

- de dispenser des formations auprès des travailleuses expérimentées afin de les outiller pour leur nouveau rôle de « formatrice »,
- de prévoir du temps pour cette nouvelle activité qui s'ajoute à celle des soins en réduisant leur charge de travail,
- de répartir la charge liée à la transmission sur le collectif de travail ce qui permet aux novices d'avoir accès à une plus grande diversité de savoir-faire et d'obtenir du soutien en tout temps.

RÉFÉRENCES

REFERENCES DES TRAVAUX REALISES PAR LES AUTEURS DANS LE SECTEUR DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

Travaux d'Esther Cloutier

Cloutier, E., David, H., Prévost, J. & Teiger, C. (1998). Effets de l'organisation du travail sur la santé et la sécurité des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières du maintien à domicile. *Objectif Prévention*, 21(4), 14-16.

Cloutier E., David H., Prévost J., Teiger C. (1999). Les compétences des auxiliaires familiales et sociales expérimentées et leur rôle protecteur à l'égard des contraintes et des risques dans l'activité de travail. *Formation Emploi* (CÉREQ, France) numéro spécial : « Activités de travail et dynamique des compétences », 67, 63-75.

Bourdouxhe, M., Cloutier, E., Ledoux, É. & Teiger, C. (2002). Étude approfondie des horaires de travail des auxiliaires familiales et sociales des services de soins à domicile dans un CLSC. Rapport IRSST. <http://www.irsst.qc.ca/-projet-etude-appfondie-des-horaires-de-travail-des-auxiliaires-familiales-et-sociales-des-services-de-soins-a-domicile-dans-un-clsc-0099-2790.html>

Gagnon I., David H., Cloutier E., Ouellet F., Ledoux É., Bourdouxhe M., Teiger C. (2003). « Organisation du travail et stratégies de travail protectrices d'auxiliaires sociales et familiales de services publics de maintien à domicile », *Gérontologie et société*, no 107, pp.131-148.

Cloutier E., David H., Teiger C. (2003) Auxiliaires familiales et sociales expérimentées et patientes âgées : des stratégies d'entraide. *Vie et vieillissement*, vol. 2, nos 1 et 2, 59-66.

Cloutier E., Bourdouxhe M., David H., Ledoux É., Gagnon I., Ouellet F., Teiger C. (2005). Effets du statut d'emploi sur la santé et la sécurité au travail : le cas des auxiliaires sociales et familiales et des infirmières de soins à domicile au Québec. *PISTES*, vol. 7, no. 2

Cloutier, E., David, H., Ledoux, É., Bourdouxhe, M., Teiger, C., Gagnon, I. & Ouellet, F. (2005). Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile (Importance of work organization as support for the protective strategies of FSAs and nurses in home care and support services). Études et recherches / Rapport de recherche R-429 et Résumé RR-453, Montréal, IRSST, 44 pages.

Cloutier, E., Bourdouxhe, M., Ledoux, É., David, H., Gagnon, I., & Ouellet, F. (2006). Étude descriptive des conditions d'emploi, de travail et de santé et de sécurité du travail des infirmières d'agence privée dans un contexte de pénurie de main-d'oeuvre. Rapport IRSST R-475, 258 p. et Rapport résumé RR-475, 41.

Cloutier E., Ledoux É., David H., Gagnon I., Ouellet F. (2007). Rôle de l'organisation du travail comme soutien à la transmission des savoirs protecteurs de métier : le cas des soins à domicile, in D'une culture de retraite vers un nouveau management des âges et des temps sociaux sous la direction de Diane Gabrielle Tremblay, Presses de l'Université du Québec, 167-178

E. Cloutier, H. David, É. Ledoux, M. Bourdouxhe, I. Gagnon, F. Ouellet. (2008). Effects of government policies on the work of home care personnel and their OHS, *Work: A Journal of Prevention, Assessment, & Rehabilitation*, Vol 30 No 4, 389-402.

Cloutier Esther (2011). Transmission individuelle et collective des savoirs de protecteurs dans les métiers de service : une question d'organisation du travail, Colloque ANR-CREAPT « Transmission des savoirs et mutualisation des pratiques en situation de travail », 3 décembre 2009, Paris, pp. 19-25.

Travaux d'Agnès Van Daele

Ver Heyen, W. & Vandenbrande, T. (2005). Werken in de gezinszorg. Kwaliteit van de arbeid van de verzorgenden / Travailler dans l'aide à domicile. Qualité du travail des aides familiales (Traduction). Rapport de recherche pour le Fonds Social Européen dans le cadre du projet Proxima (projet n°212), HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

Ver Heyen, W. & Vandenbrande, T. (2005). Werken in de gezinszorg. Kwaliteit van de arbeid van de verzorgenden – Samenvatting. Rapport de recherche pour le Fonds Social Européen dans le cadre du projet Proxima (projet n°212), HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

Léonard, L., Letont, V. & Van Daele, A. (2005). Travailler comme aide familiale à domicile. Enquête Proxima : politique et gestion des services / Werken in de gezinszorg. Beleid in beheer van de diensten (Vertaling). Rapport de recherche pour le Fonds Social Européen dans le cadre du projet Proxima (projet n°212), UMH, Mons.

D'Haufayt, D., Galle, A., Léonard, L., Letont, V., Van Daele, A. & Ver Heyen, W. (2006). Aides familiales à domicile : rapport des entretiens menés avec des aides familiales sorties prématurément du secteur / Verzorgenden in de thuiszorg. Verslag over de interviews met verzorgenden die vroegtijdig uit de sector zijn gestapt (Vertaling). Rapport de recherche pour le Fonds Social Européen dans le cadre du projet Proxima (projet n°212), UMH, Mons.

Ver Heyen, W., Léonard, L., Letont, V. & Vandenbrande, T (2006). Mannen in de gezinszorg : Verslag interviews met mannelijke verzorgenden / Les hommes dans l'aide à domicile: rapport des interviews avec des aides familiaux (Traduction). Rapport de recherche pour le Fonds Social Européen dans le cadre du projet Proxima (projet n°212), HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

Ver Heyen, W. & Vandenbrande, T. (2006). Vergelijking Proxima-data met werkbaarheidsmonitor / Comparaison des données Proxima avec le “werkbaarheidsmonitor” (Traduction). Rapport de recherche pour le Fonds Social Européen dans le cadre du projet Proxima (projet n°212), HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

D'Haufayt, D., Galle, A., Léonard, L., Van Daele, A. & Ver Heyen, W. (2007). Ampleur et nature des accidents du travail concernant les aides familiales à domicile. Rapport de recherche pour le Fonds Social Européen dans le cadre du projet Proxima (projet n°212).

Brochures éditées par le SPF belge Emploi, Travail et Concertation sociale :

Travailler comme aide familiale à domicile : principaux résultats de l'enquête Proxima (D/2006/1205/26)
Travailler comme aide familiale à domicile : inventaire des outils et des bonnes pratiques pour améliorer les conditions de travail (D/2007/1205/46)

Travailler comme aide familiale à domicile : manuel pour l'amélioration des conditions de travail des aides familiales (D/2008/1205/22)