

De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social

Annie DUSSUET, Laura NIRELLO et Emmanuelle PUISSANT¹

Les politiques publiques gérontologiques se sont succédé depuis les années 1980, oscillant entre politiques sociales et médico-sociales, et politiques de l'emploi. Depuis deux décennies, mais avec une nette accélération depuis les années 2000, ces politiques publiques, intervenant aussi bien dans le champ de l'hébergement que dans celui du domicile, se caractérisent par un changement de référentiel : le référentiel industriel de ces secteurs tertiaires, qui se caractérise par « une recherche d'une standardisation poussée des procédés » (Gadrey, 1994:118), est désormais affiché au niveau politique national. Il s'accompagne d'une rationalisation importante de l'organisation des services et du travail, aussi bien dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) que dans les organisations d'aide à domicile ; la rationalisation étant perçue par les autorités locales de tarification comme un moyen de « maîtriser » les dépenses publiques. L'article s'attache à analyser les répercussions de cette rationalisation sur les conditions de travail des salariées qui se dégradent.

Le domaine de la prise en charge de la dépendance en France est aujourd'hui en mutation, les prévisions de doublement du nombre de la population dépendante pour 2060 (Drees, 2013) appellent les pouvoirs publics à en modifier l'organisation. Les réformes se succèdent, que ce soit dans les structures d'hébergement ou dans l'aide à domicile (AD), la dernière en date étant la loi du 28 décembre 2015 sur l'Adaptation de la société

1. Annie Dussuet est maîtresse de conférences en sociologie, Université de Nantes, CENS ; Laura Nirello est post-doctorante, Université de Lille 1, Clersé ; Emmanuelle Puissant est maîtresse de conférences en économie, Université de Grenoble-Alpes, Creg.

au vieillissement. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), créés en 1997, ont connu des changements organisationnels, avec la création d'une nouvelle autorité de tarification en 2010, les agences régionales de santé (ARS). Ils ont aussi connu une refonte des modes de financement publics. Du côté de l'AD, les politiques publiques se succèdent depuis les années 1980 : politiques sociales, de l'emploi, fiscales, de la concurrence, etc. sont autant de politiques poursuivant des objectifs différents voire contradictoires (Devetter *et al.*, 2009), oscillant entre reconnaissance des qualifications (Dussuet, Puissant, 2015) et « industrialisation » du secteur (Cahuc, Debonneuil, 2004). Si les modes de régulation des Ehpad et de l'AD sont différents, ils présentent néanmoins un point commun important : un fort mouvement vers une industrialisation des activités, visant à rationaliser l'organisation des services et du travail, dans un objectif affiché de « maîtrise » des dépenses publiques. Ce mouvement se répercute fortement sur les conditions d'emploi et de travail.

L'objet de cet article est précisément de questionner l'évolution des politiques publiques dans le champ des personnes âgées aussi bien à domicile qu'en hébergement, en essayant de comprendre leur impact sur les conditions de travail. Nous ne traiterons pas ici directement la question des conditions d'emploi déjà abordée dans d'autres travaux (Lefebvre, 2012 ; Nirello, 2015), mais nous nous concentrons sur les conditions dans lesquelles le travail s'effectue concrètement au quotidien. Nous faisons l'hypothèse que le processus de rationalisation de l'activité dans l'aide à domicile et dans les Ehpad, fortement incité par les pouvoirs publics dans un objectif affiché de maîtrise des dépenses, conduit à une détérioration des conditions de travail. Ainsi, l'enjeu de cet article est double : (1) caractériser le lien de causalité entre les politiques publiques et les modalités de rationalisation de l'activité en Ehpad et à domicile, et (2) montrer dans quelle mesure cette rationalisation affecte les conditions de travail.

Cet article repose principalement sur une enquête de terrain réalisée dans le cadre d'un programme de recherche, intitulé : « Les salariées du secteur associatif : des conditions de travail et des relations de services spécifiques », coordonné par François-Xavier Devetter². Ce projet a regroupé dix chercheurs de six laboratoires de recherche différents et a abouti à la rédaction d'un rapport (Devetter *et al.*, 2017). Mis en place dans le cadre d'une réponse à un appel d'offres de la Dares, il comportait deux dimensions : une première, quantitative, avec une exploitation de l'enquête « Conditions de travail 2013 », et une seconde, qualitative, à partir d'entretiens réalisés avec des salariées des secteurs associatif, public et lucratif. C'est surtout de ce volet qualitatif, et de ses 46 entretiens semi-directifs

2. Chercheur au Clersé, Université Lille 1.

réalisés auprès d'acteurs du secteur non lucratif (encadré) dans le domaine des Ehpad et dans l'aide à domicile, que le présent article est issu.

Dans une première partie, nous retraçons l'évolution des politiques publiques dans le champ des personnes âgées et nous montrons qu'elles ont visé une rationalisation du service et du travail dans les organisations (I). Dans une seconde partie, nous montrons que cette rationalisation détériore les conditions de travail (II).

Encadré

Choix du secteur non lucratif

46 entretiens ont été menés dans les domaines des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et de l'aide à domicile (AD). Des salariées ¹ et des employeurs ont été rencontrés dans le département de Loire-Atlantique pour les Ehpad et en Isère pour l'AD. Les entretiens seront mobilisés dans la seconde partie de l'article. L'originalité de notre enquête est ainsi de reposer sur deux secteurs d'activité qui ont connu des évolutions communes en termes de rationalisation.

Notre analyse se concentre sur les entretiens réalisés dans le secteur relevant de l'économie sociale (associations et mutuelles) et du secteur public, c'est-à-dire les structures dites sans but lucratif. Ce choix repose sur trois raisons principales. D'abord, même si les structures lucratives ont un poids de plus en plus important, les structures non lucratives regroupent la majorité des organisations et des salariées. Dans les Ehpad, selon l'enquête Ehpa (établissements pour personnes âgées), l'économie sociale regroupe 29,3 % des établissements et le secteur public 49 % (Drees, 2014). Dans l'AD, les associations emploient encore 56 % des salariées du domaine, contre 13 % pour le secteur public, selon l'enquête Emploi en continu pour l'année 2012. De plus, comme les organisations sans but lucratif sont les acteurs historiques du secteur, c'est en leur sein que l'on a pu rencontrer des salariées ayant le plus d'ancienneté dans le secteur, ce qui est central pour comprendre les transformations des conditions de travail. Enfin, les structures sans but lucratif, qu'il s'agisse des Ehpad ou des organisations d'AD, sont plus étroitement liées que les entreprises lucratives aux politiques budgétaires restrictives. Pour l'AD, cela s'explique par le fait que leurs usagers dépendent en plus grande part de financements publics dans l'accès aux services (les bénéficiaires de l'Apa ² représentent la partie la plus importante des usagers des structures sans but lucratif). Dans le cas des Ehpad, les tarifs sont moins élevés dans le secteur sans but lucratif, ce qui conduit à une baisse des marges de manœuvre financières et donc à une dépendance plus forte aux financements publics. Il convient également de souligner qu'un plus grand nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) séjournent dans ces établissements.

1. Le féminin sera employé pour désigner les professionnels. 97 % des aides à domicile sont des femmes selon l'enquête Emploi 2012, et plus de 86 % des professionnels dans les Ehpad selon les déclarations annuelles de données sociales de 2010.

2. Allocation personnalisée d'autonomie.

I. Des politiques budgétaires gérontologiques restrictives conduisant à une rationalisation de l'organisation des services

Dans la prise en charge des personnes âgées, on peut noter un report de contraintes (Vatan, 2014) de l'État vers les autorités de tarification que sont les conseils départementaux pour l'aide à domicile, et les ARS et les conseils départementaux pour les Ehpad. Mais les contraintes se déplacent ensuite vers les organisations et leurs salariées.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur l'évolution des 10 dernières années avec des politiques budgétaires de plus en plus restrictives, en montrant que sous couvert de la limitation des financements, c'est une rationalisation en profondeur des activités qui est menée (I.1). Dans un second temps, nous montrerons comment ces politiques ont accompagné l'élaboration et la mise en place d'outils de suivi et de contrôle de l'activité et du travail des salariées, accentuant encore leur rationalisation (I.2).

I.1. Une orientation commune des politiques publiques : industrialiser le secteur et rationaliser l'activité pour limiter les dépenses

Si les politiques publiques intervenant dans le champ des Ehpad et dans celui de l'AD sont distinctes, leurs évolutions vont globalement dans le même sens : l'industrialisation est recherchée, selon un objectif affiché de développement des activités (et corrélativement des emplois), tout en limitant les dépenses publiques. L'industrialisation est ici comprise comme « un processus au cours duquel une catégorie d'organisation n'appartenant pas au monde industriel tend à se rapprocher de ce dernier, au moins sur certains plans jugés significatifs » (Gadrey, 1994:167-168). Un des ressorts de cette industrialisation des services est la rationalisation industrielle des activités et du travail dans ces secteurs, qui se caractérise par « une recherche d'une standardisation poussée des procédés » (Gadrey, *op. cit.* :118).

Changement de référentiel et industrialisation des secteurs

Les politiques publiques intervenant dans le domaine médico-social vont toutes dans la même direction : elles visent une industrialisation des activités, et plus globalement des secteurs concernés. La performance technique est mise en avant, que ce soit par les contrôles téléphoniques pour le domicile, par le suivi informatique des tâches en Ehpad ou encore par la recherche de normes productives (temps à effectuer par tâche par exemple). Plusieurs travaux ont déjà montré une tendance à la recherche de gains de productivité dans les services relationnels (Gadrey, 2003 ; Ughetto, 2013). Elle s'inscrit dans un changement de référentiel au sens de Muller (2011), s'appuyant sur une représentation des services plus proches de produits industriels que de services relationnels (Le Roy, Puissant, 2016).

Ces évolutions s'inscrivent dans la diffusion du nouveau management public, notamment caractérisé par une logique de rationalisation de type industriel, comprise comme un ensemble de « dispositifs, instruments, indicateurs et standards [qui] cherchent à réguler les pratiques administratives en proposant de mesurer la productivité, la “performance”, les “résultats”, et la “qualité” des réalisations » (Bezes, Musselin, 2015:135). Concrètement, elle marque l'avènement du chiffre dans le pilotage de l'action publique, caractéristique d'un régime de performance (Jany-Catrice, 2012).

Depuis la création des Ehpad en 1997, les politiques publiques vont dans le sens d'une injonction croissante à l'industrialisation. Une série de lois sont symptomatiques de cette évolution. Tout d'abord, la loi du 24 janvier 1997 (apparition du statut d'Ehpad) a mis en place un processus d'autorisation pour les créations d'établissements. Les financements publics ne dépendent alors plus du statut juridique de l'organisation mais du niveau de dépendance du public accueilli. Ensuite, la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) intensifie la concurrence par la mise en place d'appels à projets conduisant à des regroupements de structures et à une homogénéisation progressive des prestations. À ces deux lois se sont ajoutées les différentes lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), en particulier celles de 2008 et de 2009. Elles modifient la manière de calculer les montants des financements publics, désormais élaborés à partir d'un état provisionnel des recettes et des dépenses et non plus sur la base des coûts de production passés ; des tarifs plafonds sont également créés pour harmoniser les dépenses entre les établissements.

Dans l'aide à domicile, ce changement de « référentiel » de l'action publique est particulièrement clair (Le Roy, Puissant, 2016) : c'est avec la loi Borloo de développement des services à la personne de 2005 que le référentiel industriel des services d'AD est le plus abouti.

Le rapport du Conseil d'analyse économique (CAE ; Cahuc, Debonneuil, 2004) à l'origine de cette loi s'appuie de façon explicite sur une approche standard et industrielle des « services à la personne » (SAP). Le rapport insiste sur « la montée en productivité des services, y compris des “services aux particuliers” où se trouve le seul véritable gisement d'emplois non qualifiés » (Cahuc, Debonneuil, *op. cit.*:8). Pour cela, la préconisation est claire : il faut aller vers une industrialisation du service permettant une production de masse. Cette industrialisation est appelée à s'appuyer sur les « nouvelles technologies de l'information et des télécommunications », dont l'« utilisation permet non seulement de rendre plus productifs les secteurs existants, mais aussi d'industrialiser et de faire se développer en services de masse ces nouveaux services aux particuliers, ce que n'avait pas pu faire la mécanisation. [...] Le mécanisme est tout à fait similaire à celui qui a fonctionné pour les ouvriers qui faisaient fonctionner les machines issues

de la mécanisation ; il devrait donc être possible de créer beaucoup d'emplois "peu qualifiés" sans avoir à les subventionner » (Cahuc, Debonneuil, *op. cit.*:8). Ainsi, les « grandes entreprises » sont appelées à se développer pour organiser l'offre, car elles seules « sont capables de financer les coûts fixes des plates-formes [de services] qui permettent l'accès à ces services et donc leur développement industriel ». L'évolution des dispositifs destinés au service d'aide à domicile met donc l'accent sur les capacités productives et le nombre d'emplois au sein du secteur. Ainsi, dans un objectif de création d'emplois, la loi Borloo vise une industrialisation du secteur avec l'objectif de gains de productivité permettant une production de masse de services aux particuliers.

Ainsi, qu'il s'agisse des Ehpad ou de l'AD, ce changement de référentiel politique se concrétise par la mise en œuvre d'outils et de dispositifs facilitant cette industrialisation, au service d'une mise en marché et d'une ouverture à la concurrence du secteur. Ce changement de référentiel se traduit par une évolution des modes de financement.

Ouverture à la concurrence et banalisation des activités

Dans le secteur de l'aide à domicile, la concurrence est autorisée depuis 1996, mais dans les faits, c'est surtout depuis la loi Borloo de 2005 que les entreprises lucratives se développent dans le secteur. Cette ouverture à la concurrence est à mettre en lien avec le référentiel industriel précédemment explicité. En effet, le dynamisme d'un marché, dans l'approche *mainstream*, repose sur une production de masse de produits homogènes, source de gains de productivité et de baisses des prix (Le Roy, Puissant, *op. cit.*). Dit autrement, l'industrialisation de ces activités de services est pensée et poursuivie dans le but de les mettre en marché. Dans les deux secteurs, l'objectif affiché de cette concurrence est double : diminuer les prix, tout en améliorant la qualité des services rendus. Dans les faits, elle conduit à une maîtrise des dépenses par les autorités de tarification ainsi qu'à une standardisation progressive des services proposés.

Si la concurrence dans le secteur de l'hébergement existe depuis de nombreuses années entre les structures lucratives et non lucratives, la loi du 24 janvier 1997 va la renforcer en remettant en cause les relations privilégiées entre les pouvoirs publics et les acteurs de l'économie sociale en particulier. En effet, la création du statut d'Ehpad permet l'accès de tous les types d'organisations aux financements publics. Le critère de la dépendance du public remplace alors celui du statut juridique de l'établissement. Ainsi, les structures lucratives peuvent au même titre que les Ehpad sans but lucratif accueillir des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et sont soumises aux mêmes règles de financement public. Les organisations se retrouvent alors en concurrence dans le cadre de

procédures d'autorisation permettant la création de nouveaux Ehpad ainsi que leur extension. La loi HPST renforce ce mouvement par la création d'appels à projets. Ces derniers, émis par les ARS, mettent directement en concurrence les organisations, et un *numerus clausus* limite la création de nouvelles places. Ces appels à projets conduisent à une standardisation des organisations puisqu'ils définissent en amont les services que les organisations devront proposer, quel que soit leur statut juridique, et limitent le nombre de structures créées.

En ce qui concerne l'AD, la création du marché des services à la personne (SAP) donne à ce champ d'activité une existence en tant qu'ensemble d'activités supposées suffisamment homogènes pour pouvoir s'échanger et être règlementées sur un même marché. On assiste ainsi à une banalisation des activités d'aide à domicile, qui deviennent des activités marchandes, au même titre que l'assistance informatique à domicile ou le jardinage (Jany-Catrice, 2010). Dit autrement, les particularités de ces activités pourtant reconnues comme relevant du secteur social et médico-social depuis la loi du 2 janvier 2002, parce que réalisées auprès des publics dits fragiles, sont niées. C'est donc une nouvelle représentation des services d'AD qui est retenue, une image remodelée par rapport aux compromis construits par les acteurs historiques du secteur, fondés sur la relation d'usage (Dussuet, Puissant, 2012), comprise comme une relation de service en perpétuelle redéfinition entre les salariées et les usagers. Cette relation d'usage ne peut être totalement définie *ex ante*, puisque sa qualité repose notamment sur les possibilités d'ajustement continu aux besoins fluctuants des usagers. L'ouverture à la concurrence et l'industrialisation du secteur, *via* l'homogénéisation et la production de masse, apparaissent être les deux conditions pour « favoriser l'émergence d'une offre productive de nouveaux services marchands aux particuliers en levant les obstacles de toutes natures qui en freinent le développement de masse » (Cahuc, Debonneuil, 2004:8). Parmi les obstacles sont identifiées les réglementations sociales et médico-sociales de l'aide à domicile qui protégeaient ce segment d'activité de la concurrence. Un autre type d'obstacles mentionné est lié aux protections de l'emploi, à savoir au statut des personnels chargés de mettre en œuvre l'aide à domicile ³. Les auteurs parlent du « poids négatif d'un coût élevé du travail peu qualifié sur l'emploi », de la « réglementation de la protection de l'emploi [qui] doit être adaptée », et appellent à « lever les barrières au développement du travail à temps partiel » (Cahuc, Debonneuil, *op. cit.*:9). Le lien est donc affirmé entre la mise en marché du secteur et les conditions d'emploi et de travail.

3. Dans le prolongement des travaux de Pierre Muller, le statut du personnel est l'un des deux éléments définissant une politique publique, l'autre étant la représentation précise du statut de l'aide à domicile dans la société moderne.

Dans le cadre de ce référentiel industriel national et de cette mise en marché des secteurs des Ehpad et de l'AD, les modes de financement des activités et des organisations se transforment ; ces transformations s'accompagnent d'un développement rapide d'indicateurs.

Évolution des modes de financement et développement d'indicateurs

L'ouverture à la concurrence des secteurs nécessite un changement de logique dans l'attribution des financements publics à des activités et des organisations, qu'il s'agisse d'Ehpad ou de structures d'AD. Les financements publics ne doivent en effet pas entraver le fonctionnement supposé concurrentiel des marchés ; ils sont ainsi de plus en plus soumis à des indicateurs censés évaluer les conditions de la concurrence.

Comme nous l'avons vu précédemment, la création du statut d'Ehpad a revu les modalités de financement public, désormais liées à des critères de dépendance et non de statut juridique. Suite à la loi du 24 janvier 1997, plusieurs décrets en 1999 et un décret en 2001 mettent en place un système de tarification ternaire des Ehpad avec trois volets : le soin, la dépendance et l'hébergement, chacun recouvrant des prestations différentes (L. 314-2 du Code de l'action sociale et des familles, CASF). Il est le produit de l'existence d'un financement pluriel, celui de l'Assurance maladie (soins) qui passe aujourd'hui par les agences régionales de santé (ARS), du Conseil départemental (dépendance) et du résident (ticket modérateur pour la dépendance ainsi que l'hébergement).

Cette tarification a connu des modifications à la fin des années 2000. Les LFSS de 2008 et de 2009 conduisent à un financement ne dépendant plus des coûts de production passés des établissements mais d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). La standardisation des activités est alors renforcée dans le cadre d'un processus de convergence tarifaire qui fixe, à l'aide des tarifs plafonds, la dotation considérée comme « normale » d'un établissement selon l'état de dépendance des personnes hébergées.

Ces évolutions ont mis au cœur du financement deux indicateurs : le Gir moyen pondéré (GMP) et le Pathos moyen pondéré (PMP). Le GMP est calculé à l'aide des groupes iso-ressources (Gir) des résidents. À son arrivée dans l'Ehpad, la dépendance de chaque personne est mesurée à partir de la grille Aggir (Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources), classant les individus du Gir 1 à 6, des plus dépendants aux moins dépendants. Le PMP mesure la charge en soins médicotéchniques des établissements, il correspond à la lourdeur en soins médicaux d'un malade moyen parmi la population de l'Ehpad. Ainsi ces deux indicateurs, au-delà de leurs objectifs informatifs et descriptifs, vont déterminer le montant des financements des volets soin et dépendance des établissements.

En ce qui concerne l'AD, une procédure d'autorisation a été prévue par la loi du 2 janvier 2002 dans le cadre de la reconnaissance de l'AD comme participant à l'action sociale et médico-sociale ; les organismes « autorisés » pouvaient ensuite être « tarifés ». Pour établir cette tarification, les conseils départementaux n'ont pas tous procédé de la même manière, mais la plupart de ceux que nous avons rencontrés ont essayé de tenir compte des coûts des organisations prestataires, et en particulier des frais de personnel, qui en représentent l'essentiel.

Toutefois, dans le calcul du temps rémunéré pour les interventions, la plupart des conseils départementaux distinguent le temps « productif », c'est-à-dire le temps passé à l'intérieur des domiciles des personnes aidées, du temps dit « improductif », c'est-à-dire l'ensemble des temps de déplacement entre les domiciles, de formation et de coordination. Des objectifs d'augmentation de la « productivité », soit du ratio « temps facturé aux utilisateurs/temps total rémunéré aux salariées », ont ainsi été assignés aux organisations, visant la diminution du coût du temps passé par les intervenantes hors domicile.

Ainsi, ces indicateurs de type industriel se développent rapidement dans les Ehpad et les structures d'AD. Ils reposent sur une vision marchande mais surtout industrielle du service, et ils impactent directement l'organisation du travail, qui connaît une nette rationalisation. Ces indicateurs se déclinent en effet au plus près du travail des salariées, comme l'atteste le développement de « référentiels qualité » (tant de temps pour repasser une chemise, pour réaliser une toilette, etc.), dans le cadre de certifications par les organismes agréés, ou encore dans le cadre de règles de tarification par les conseils départementaux ou les ARS. On assiste ainsi à un pilotage par des indicateurs de type industriel des activités sociales et médico-sociales à destination des personnes âgées dans leur domicile ou en établissements, se répercutant directement sur l'organisation du travail et corrélativement sur les conditions de travail des salariées.

1.2. Un pilotage de l'activité par les indicateurs

Il ne s'agit pas ici de se positionner en faveur ou à l'encontre de l'utilisation d'indicateurs chiffrés de quantification de l'activité. Mais l'analyse de l'utilisation de ces indicateurs chiffrés dans l'AD, et surtout dans les Ehpad, met en évidence des tendances lourdes qui concernent bon nombre d'activités de services (sanitaires, sociales, universitaires, etc.) : le pilotage de l'activité par les indicateurs. Dit autrement, « la gouvernance par les nombres vise à établir un ordre qui serait capable de s'auto-réguler » (Supiot, 2015:244), c'est-à-dire que l'objectif de l'activité, l'objectif du service réalisé, se réduirait à l'atteinte de ces indicateurs. Ainsi, le pilotage de l'activité par les indicateurs signifie que la finalité sociale et humaine d'un

service s'adressant à un public fragile, telle que le mieux-être des usagers, la rupture de l'isolement, le lien social, etc., s'effacerait et serait remplacée par l'atteinte d'objectifs tels qu'effectuer une toilette, réchauffer un repas, repasser une chemise, faire un lit, etc. « Dès lors, les agents concernés sont incités à satisfaire les indicateurs, indépendamment de l'amélioration réelle des services rendus » (Supiot, *op. cit.*:250). Ce pilotage impacte directement le travail des salariées, puisque ce qu'on attend d'elles est l'atteinte des objectifs, indépendamment des aléas de la relation de service : comment atteindre des objectifs déterminés *ex ante*, lorsque la situation de la personne s'est par exemple brusquement dégradée, rendant temporairement impossible la réalisation d'une toilette ? Le pilotage par les indicateurs transforme profondément la finalité de l'activité, du service, mais aussi la manière de concevoir le travail des salariées. Cela peut ainsi mener à des aberrations sur les lieux de travail, puisque « rabattre le jugement sur le calcul conduit à se couper progressivement de la complexité du réel, à substituer la carte au territoire » (Supiot, *op. cit.*:250), c'est-à-dire ici à substituer une juxtaposition d'indicateurs n'appréhendant qu'une partie de la réalité à la prise en compte de la situation globale et complexe d'une personne âgée.

Le pilotage par les indicateurs dans les Ehpad et l'AD : présentation

C'est dans les Ehpad que le pilotage par les indicateurs s'avère le plus abouti, et nous allons montrer dans quelle mesure il impacte le service à la fois par des conséquences sur les publics accueillis et sur la manière dont les professionnels doivent réaliser leur travail. Concernant l'AD, nous verrons que c'est principalement à travers une précision croissante des plans d'aide que la rationalisation de l'organisation des services et du travail s'opère.

Le Pathos moyen pondéré et le Gir moyen pondéré comme « instruments » de l'action publique dans les Ehpad

Dans les Ehpad, les deux indicateurs GMP et PMP sont devenus des outils de pilotage de l'action publique, des « instruments » au sens de Lascoumes et Le Galès (2005). Ce sont aujourd'hui des outils orientant la politique d'accueil des établissements et, en ce sens, des « instruments » permettant de « matérialiser et d'opérationnaliser l'action gouvernementale » (Lascoumes, Le Galès, *op. cit.*:12). Comme tout instrument, ils sont porteurs de valeurs (Lascoumes, Le Galès, *op. cit.*:13) : dans le cas présent, le PMP et le GMP permettent la diffusion du référentiel industriel.

En effet, ils déterminent le montant des dotations publiques pour les volets soins et dépendance. Dans les Ehpad, ils sont au cœur de toutes les préoccupations. Lors de la signature des conventions tripartites avec les autorités de tarification, les organisations se fixent un niveau de GMP et de PMP qu'elles doivent respecter. Si ceux-ci sont inférieurs à ce qui était prévu, ils seront surdotés ; s'ils sont supérieurs, les moyens humains et

matériels ne seront pas suffisants, pouvant alors mettre les professionnels en difficulté. Dans ce cadre, les établissements se munissent de tableaux de bord avec une évolution du Gir de chaque résident au cours du temps et tendent à choisir les nouveaux entrants selon leur niveau de dépendance.

Les deux indicateurs sont ainsi vecteurs de la standardisation des activités. En effet, ils ont un impact sur les profils des publics accueillis. Ils accompagnent une logique de médicalisation des établissements, c'est-à-dire un développement des moyens humains et matériels réservé à l'accompagnement de personnes de plus en plus dépendantes. Les autorités de tarification vont, au travers des indicateurs, fixer des objectifs de GMP à atteindre, ce qui conduit à une standardisation progressive des publics accueillis et pousse les Ehpad vers l'accueil de la grande dépendance. De plus, les indicateurs standardisent également les tâches. Ils sont ainsi des instruments de rationalisation « industrielle » de l'activité, puisque les autorités de tarification fixent à la minute près le temps que doit passer chaque soignant auprès des patients selon les niveaux de Gir. C'est de cette manière que sont calculés les moyens humains auxquels chaque établissement a droit. Concrètement, au travers de ces indicateurs, les autorités de tarification exercent une évaluation des tâches en établissements et déterminent le travail des professionnels.

Des plans d'aide de plus en plus précis dans l'AD

Dans un souci de maîtrise des dépenses publiques, les départements incitent de plus en plus les organisations d'AD à rationaliser l'activité et le travail en leur sein, afin de dégager des gains de productivité. Si des différences importantes des modalités de mise en œuvre existent au niveau des départements (Devetter, Dussuet, Puissant, 2017), une tendance lourde se dégage : les modes de détermination des plans d'aide par les conseils départementaux tendent à une rationalisation accrue des activités.

Plusieurs enquêtes qualitatives menées dans différents départements montrent que les plans d'aide ont tendance à lister de plus en plus précisément les types de tâches à effectuer et à préciser le temps requis pour les réaliser. Ainsi, les interventions à la demi-heure, et même au quart d'heure se développent dans certains départements. Les modalités des plans d'aide se répercutent ainsi directement sur les plannings des salariées en termes d'amplitude de la journée de travail, de durée et de fractionnement des interventions, et de degré de précision des tâches à effectuer.

Les entretiens réalisés auprès des salariées du département de l'Isère ont notamment mis en évidence que, pour les personnes âgées, les interventions de deux heures sont devenues rares, et que les prescriptions de tâches sont de plus en plus précises. Si auparavant, les salariées pouvaient avoir un planning constitué d'interventions de deux heures, avec une

description large des tâches à effectuer (entretien, compagnie, promenade, etc.), ce n'est plus le cas aujourd'hui. Les interventions sont prévues pour une heure, une demi-heure ou même un quart d'heure pour des tâches précises d'« aide au repas », « aide à la toilette », « réfection du lit », etc.

Une conséquence : le développement d'outils de contrôle de l'activité

Cette tendance à l'industrialisation dans les Ehpad et dans l'aide à domicile s'accompagne d'une arrivée massive d'outils de gestion. En effet, on observe d'abord une multiplication des gérontechnologies notamment depuis la fin des années 1990. Ces dernières peuvent être définies comme l'ensemble des outils technologiques au service des personnes âgées et de leur autonomie, et font partie des technologies de l'information et de la communication (Veber, Morel, 2011:26). Certes, ces outils peuvent constituer parfois une aide directe pour les personnes âgées (par exemple, les systèmes de téléassistance), mais dans les entretiens réalisés, on note surtout l'émergence d'outils permettant le contrôle de gestion et le suivi de l'activité. Ce contrôle de l'activité se concentre principalement sur le temps affecté à chaque tâche (réaliser une toilette, faire un lit, nettoyer une pièce, etc.) : il s'agit d'augmenter les temps dits productifs, c'est-à-dire consacrés à la réalisation de tâches matérielles identifiées *ex ante*. L'usage de ces outils de contrôle du temps véhicule une vision industrielle du service : le temps de la relation sociale et humaine est considéré comme improductif, et donc ne devant pas être compté comme du temps de travail.

En Ehpad, l'ensemble des tâches sont retranscrites sur informatique. Ainsi les transmissions écrites entre les différentes équipes (matin/après-midi et soir) complètent et parfois remplacent les transmissions orales. L'informatisation s'inscrit dans le cadre de l'évolution des régulations publiques. La loi du 2 janvier 2002, dite loi 2002-2, de rénovation du secteur médico-social, ainsi que la loi du 4 mars 2002 dans le secteur sanitaire, renforcent le droit d'information des patients et la transparence dans le cadre de la mise en place d'un projet personnalisé pour chaque résident. Dans ce contexte, sont créés des dossiers patients uniques recensant l'ensemble des activités réalisées par les professionnels, les différents plans de soin (avec l'intervention des professionnels extérieurs comme les médecins) permettant de mesurer le Pathos (détaillant les besoins en soin selon les pathologies), l'évolution des niveaux de dépendance (Gir), mais aussi d'éventuels dossiers d'hospitalisation ou encore des déclarations de chutes. L'objectif visé est d'avoir une trace des actes réalisés permettant un transfert des informations et aussi un accès complet pour le résident et sa famille. Les informations générées sont telles que les Ehpad se dotent de divers logiciels pour enregistrer les données. Dans ce cadre, des outils sont mis en place pour que les

salariés puissent noter ces informations le plus rapidement possible (usage de tablettes, de zapettes, ou encore de montres connectées).

Les entretiens réalisés avec les aides à domicile montrent une généralisation de la télégestion. L'idée est de « pointer » à l'arrivée et au départ du domicile, soit en utilisant le téléphone des usagers (en composant un numéro spécial), soit en passant le *smartphone* des salariées sur un boîtier, placé chez les usagers. Seules deux associations parmi le panel des associations dont nous avons interrogé les salariées n'avaient pas mis ce type d'outils en place. Globalement, les salariées rencontrées ont été très critiques à l'égard de ce type d'outils, perçus comme une manière de contrôler leur activité, de réduire le temps passé avec les usagers, et surtout d'altérer la relation entre la salariée et l'utilisateur. Pour ces salariées, ces outils transforment le travail en mettant en avant la contrainte temporelle. L'humain est relégué au second plan et les salariées vivent cette contrainte comme un contrôle en même temps qu'une dégradation de leur travail.

« Aujourd'hui, on a la pointeuse, on regarde l'heure et on n'a le temps de rien faire. Donc on n'a plus le temps de passer la main dans les cheveux à une dame, tu vois, de lui prendre sa main, des trucs comme ça. Et moi c'est ce qui me manque dans mon travail » (aide à domicile, association).

« Ils ont eu la bonne idée de nous mettre une pointeuse (rires). Et ça c'est terrible parce que ça coupe l'humain, je trouve que ça c'est du flicage pur et dur. C'est complètement idiot de mettre le pointage » (aide à domicile, association).

Dans l'aide à domicile comme dans les Ehpad, les outils de gestion sont ainsi omniprésents dans la vie des salariées. Ils produisent chez elles un sentiment d'être surveillées et de devoir « rendre des comptes » en permanence sur leurs activités.

« C'est très lourd ça, et de plus en plus, on passe de plus en plus de temps à prouver que l'on a travaillé qu'à travailler réellement » (infirmière, Ehpad).

« Par rapport à tout ce qui nous est demandé sur les recommandations, les préconisations, la réglementation, tout ce que j'appelle les "tions", on est un peu submergé de pas mal de choses et la gériatrie, c'est toujours le parent pauvre des services de soins » (cadre de santé, Ehpad).

« On est surcontrôlés sur tout. Ce qui n'était pas du tout le cas avant. On doit tout marquer, tout tracer, et ça nous demande énormément de travail. On passe notre vie devant un ordi, au lieu d'aller sur le terrain » (gouvernante, Ehpad).

Ainsi, les évolutions politiques nationales vont clairement dans le sens d'une industrialisation du secteur et des activités sociales et médico-sociales à destination des personnes âgées, qu'il s'agisse des Ehpad ou de l'AD. À travers une vision industrielle du service, elles favorisent dans les

structures une rationalisation de l'organisation des services et du travail. Cette rationalisation est considérée par les autorités de tarification comme une manière de réduire les fonds publics investis dans ces secteurs d'activité, l'idée étant que seuls les temps « productifs » de travail doivent être financés. Elle s'accompagne donc d'un contrôle de l'activité, et principalement du temps de travail des salariées. Cette volonté affichée de maîtrise des dépenses publiques par une rationalisation de l'organisation du travail se répercute directement sur les conditions dans lesquelles travaillent les salariées, et se manifeste par un sentiment important de la part des salariées d'une dégradation de leurs conditions de travail.

II. Une dégradation multidimensionnelle des conditions de travail

La dégradation des conditions de travail, qui découle des politiques publiques du secteur, porte principalement sur deux dimensions : celle des évolutions tangibles et mesurables de l'organisation du travail (intensification des rythmes de travail, augmentation des déplacements, morcellement des interventions, etc.) (II.1), mais aussi celle du ressenti (empêchement à la réalisation du travail « bien fait », perte du sens dans le travail réalisé, etc.) (II.2). Ces dégradations multidimensionnelles ont des répercussions importantes sur la santé des salariées (II.3).

II.1. Intensification du travail et morcellement de l'activité

L'augmentation de la charge de travail est omniprésente dans les organisations rencontrées pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la question du temps de travail est un enjeu majeur dans le secteur. En effet, les particularités de l'activité en elle-même et l'adaptation aux besoins des personnes conduisent à des horaires atypiques (horaires coupés le matin et le soir ; travail le week-end), et à une multiplication des temps partiels, en particulier dans l'aide à domicile (Barrois, Devetter, 2012).

Il faut alors ajouter à ces contraintes inhérentes à l'activité, d'une part le poids des restrictions budgétaires réduisant les moyens humains et matériels, d'autre part celui des outils de gestion qui alourdissent les tâches des salariées.

Un travail en sous-effectif

Les restrictions budgétaires conduisent à une baisse des moyens et parfois à un manque d'effectif. En Ehpad par exemple, le travail du week-end est souvent réalisé en sous-effectif.

« Au niveau de l'organisation, c'est plus sport [le week-end]. Il n'y a qu'une fille. Du coup, toutes les personnes qui nécessitent deux personnes pour les levers ne sont pas levées le dimanche. Mais bon, le fait d'être moins le week-end, c'est pareil en médecine » (infirmière, Ehpad).

À ce manque de personnel, il faut ajouter la multiplication des arrêts maladie, elle-même due à la dégradation des conditions de travail. Cela conduit alors les salariées à une obligation de disponibilité importante, questionnant la porosité entre travail et non-travail :

« Moi je pense qu'aujourd'hui il manque du personnel et on fait les bouche-trous. Aujourd'hui une fille, elle doit être disponible quand on l'appelle » (aide à domicile, association).

« On nous empêche d'avoir une vie de famille parce qu'on ne nous accorde plus nos arrangements entre collègues, on ne va plus être remplacé. Ça veut dire que si un jour il y en a deux qui manquent, moi, l'après-midi, je vais travailler toute seule pour 36 résidents. Ça devient un peu de la maltraitance » (aide-soignante, Ehpad).

« Donc sur ta vie personnelle, en fait ce qu'il se passait au début c'est que, quand on était en congé, quand on était malade, quand on était à l'hôpital, ils nous appelaient. Donc on s'est battu pour qu'ils arrêtent de le faire. Parce qu'ils avaient aussi nos numéros personnels donc on a dit stop parce que ça allait trop loin » (aide à domicile, association).

La volonté de contenir les dépenses publiques conduit à une baisse des moyens humains alors même que l'utilisation des outils de gestion à des fins de rationalisation entraîne une multiplication des tâches demandées aux salariés. Ces deux phénomènes provoquent une intensification du travail.

Des outils de gestion qui contribuent à intensifier le travail

L'utilisation d'outils de gestion et de mesure chiffrée de l'activité a diverses conséquences pour les salariées, mais la rationalisation des activités conduit à une évaluation du temps de travail à la minute près qui tend à augmenter les cadences.

La rationalisation de l'organisation du travail, passant notamment par l'instauration d'outils comme la télégestion ou l'informatisation, se manifeste par une pression supplémentaire en termes de nouvelles tâches à effectuer dans le même temps :

« Et puis, vraiment, tout noter ce que l'on fait. "J'ai fait ça parce que si..." ». Il faut tout justifier. Ce qui prend le temps c'est surtout le soir, parce qu'une fois qu'on a fini, il est 20 heures et normalement on finit à 20 heures 15 parce qu'on doit voir le personnel de nuit pour faire les transmissions. Mais à 20 heures, on est sur nos tablettes, donc on descend il est 20 heures 15 bien tassé pour voir les filles de nuit. Souvent, on part à 25-30. Avant, c'était 20 heures 15, quoi. Alors que là avec les tablettes et tout, à tout noter, on perd quand même un bon quart d'heure le soir à faire ça » (aide-soignant, Ehpad).

Face à l'objectif de rentabilité, le manque de temps est souligné par la majorité des salariées rencontrées. Plusieurs expliquent comment leur propre éthique renforce alors la pression :

« Il faut aller vite. C'est un fait partout. C'est sous pression, c'est moins une pression hiérarchique qu'une pression de soin. Si le soin n'est pas fait, c'est une maltraitance pour la personne âgée, la famille mais aussi vis-à-vis de la morale. Il y a une pression impressionnante sur le soin à faire, et surtout à faire bien. L'ambiance en pâtit. [...] En maison de retraite, la charge de travail est supérieure. Les personnes à l'hôpital ne se rendent pas compte de la charge de travail, surtout pour les aides-soignantes, c'est impressionnant. Il y a une vraie différence » (infirmier, Ehpad).

La contrainte temporelle induite par ces outils est aussi signalée comme un élément qui empêche les salariées de faire leur travail correctement, c'est-à-dire en adéquation avec leur propre conception du service : en prenant le temps pour la relation, en s'attardant pour un usager qui en aurait ponctuellement besoin, sans qu'il soit possible d'anticiper ce surplus de temps nécessaire.

« On fait pour le mieux, c'est tout, mais souvent nous sommes dépassées : avec leur demi-heure on ne peut pas tout faire, ce n'est pas possible. Non non. On ne peut pas. Dans la demi-heure, il faut qu'on assume le repas, qu'on assume les choses. Souvent s'il manque des choses, il faut aller vite courir acheter, quand ce n'est pas loin c'est bon mais quand c'est plus loin on ne peut pas. Et en plus dès que le temps arrive, qu'est-ce qu'on fait des gens ? » (aide à domicile, association).

« Oui c'est un peu la course, je pense que si on avait un petit peu plus de temps on pourrait être un petit peu plus proche des résidents. Je pense que c'est ça, c'est le côté, nous on a notre travail à faire et à côté, on peut être moins présent au niveau des résidents » (agent de service, Ehpad).

La multiplication du nombre de tâches à réaliser dans un temps réduit entraîne donc une intensification du travail, qui est redoublée par la fragmentation croissante de l'activité.

Conséquence de ces évolutions : une fragmentation croissante de l'activité

Dans les deux domaines d'activité, la fragmentation des interventions résulte d'une conception industrielle du service, qui serait décomposable en tâches élémentaires, disjointes les unes des autres et donc réalisables par des travailleurs distincts à des moments différents. Dans les Ehpad, la division des tâches entre les salariées (toilettes, repas, ménage) est présente depuis de nombreuses années, où elle traduit l'institutionnalisation d'une hiérarchie de qualifications, alors qu'elle est plus récente dans l'aide à domicile. Mais dans les deux cas, l'industrialisation se traduit à la fois par le raccourcissement des durées d'intervention et par la multiplication du

nombre d'interventions à réaliser par jour. Les plannings sont ainsi de plus en plus fragmentés, avec une pression temporelle croissante qui augmente les cadences de travail :

« Ce ne sont que des interventions d'une demi-heure. 45 minutes chez lui parce qu'il y a une grosse toilette et pour les repas c'est une demi-heure. Ce n'est que des 30 minutes, des 30 minutes, des 30 minutes. C'est la course. Trop d'heures, pas trop dans le travail. [...] Si on ne peut pas, si on est fatiguées, là on dit : "Là attendez, je ne peux plus, c'est bon on ne fait que ça". Non pas dans le travail en lui-même, mais trop d'heures, trop d'heures, des coupées, des pas coupées » (aide à domicile, association).

« Quand vous faites 12 toilettes le matin, ce n'est plus humain, c'est de la chaîne » (agent de service, Ehpad).

La spécificité de l'activité (être présent sept jours sur sept en particulier le matin et le soir) est largement invoquée pour justifier ces contraintes de rythme et de durée, mais elles résultent aussi largement des politiques d'organisation du travail imposées par la définition des temps productifs. Dans l'aide à domicile en particulier, cette définition exclut les déplacements entre les domiciles, accroissant la pression temporelle sur les intervenantes :

« On a un quart d'heure pour arriver chez les personnes. Donc aujourd'hui, mettons que je travaille sur mon secteur. Je fais mettons une demi-heure là-bas et après je cours sur l'autre côté. Et donc aujourd'hui, ils ne nous arrangent plus comme avant, donc avant on avait, on avait une personne. Des fois, je fais une personne d'un côté du secteur et je retourne après là-bas et après je retourne de l'autre côté. Voilà, et donc tu cours... » (aide à domicile, association).

« Donc ça a commencé par une toilette au lit, plus petit-déjeuner. Tout ça en une demi-heure. Ensuite... j'ai eu... une autre dame. Là c'était surtout pour toilette et ménage. Donc là ça a pris 2 heures si je ne me trompe... non 1 heure 30 ! Oui hier ça été très long. J'ai terminé à 1 heure de l'après-midi. Ramener les clés parce que la collègue qui doit y repasser le soir en a besoin. Et j'ai repris à 2 heures de l'après-midi. Oh hier je n'ai pas mangé, comme hier je n'ai pas eu le temps. Entre chaque intervention, on a 10 minutes. Après normalement le temps nous est compté. Mais le problème... comme normalement on est censé avoir 1 heure 30 d'arrêt entre... la fin de l'intervention, de la dernière intervention et le début de celle de l'après-midi... Hier non, je n'ai pas eu le temps parce qu'il y a eu un gros décalage qui s'est créé dans la matinée » (aide à domicile, CCAS).

Les contraintes de temps dans le travail sont aussi induites par le nombre d'arrêts maladie qui nécessitent des adaptations réitérées des plannings pour y inclure des tâches supplémentaires non prévues à l'origine :

« Ça c'était un peu compliqué, ça changeait beaucoup, des fois il y avait des filles qui étaient en arrêt donc il fallait échanger des jours. Par contre, je ne trouvais pas ça très correct, ils ne nous donnaient pas notre planning vraiment à l'avance. C'était un peu compliqué pour s'organiser du coup, si tu veux sortir, faire quelque chose, des fois j'avais programmé des choses, ils me disaient : "Est-ce que tu peux venir tel jour ?" » (agent de service, Ehpad).

De plus, les outils de gestion évoqués ci-dessus, qu'il s'agisse de *smartphones* ou de télégestion en utilisant les téléphones des particuliers, qui facilitent des changements de plannings quasiment « en temps réel », tendent aussi à accentuer ces pratiques, renforçant l'injonction à la disponibilité des salariées.

« Donc à tout moment, avant de partir, le planning peut changer puisqu'on le reçoit sur le *smartphone*. On obtient... enfin là si on clique sur le nom de la personne il y a vraiment une minuscule fiche descriptive, vous avez quand même l'adresse, le numéro de téléphone de la personne » (aide à domicile, CCAS).

« Normalement je ne suis pas disponible, ni le vendredi ni le mercredi... Mais souvent je suis appelée et on me dit : "Est-ce que tu veux faire l'effort..." Et ensuite c'est pareil, je ne sais pas s'ils ont le droit de faire ça ou pas. Ici par exemple normalement je ne dois pas faire ce planning-là. J'ai fait le week-end complet et là j'en ai... c'est même moi, je ne me déplace pas à 8 heures, 8 heures-8 heures 30. Après je tourne en rond et je ne reprends qu'à 11 heures 15. Et après j'ai fini à 11 heures 30. C'est marqué, c'est tout marqué là. Et là c'est pareil, j'ai demandé : "C'est quoi ce week-end ?", parce que d'habitude je travaille le matin et le soir, et elle m'a dit : "Profites-en parce qu'y en a d'autres qui l'ont eu, pourquoi pas toi !" Mais moi, ça ne m'intéressait pas du tout » (aide à domicile, association).

La fragmentation des interventions conduit parfois aussi à leur espace-temps dans la journée, augmentant les amplitudes de la journée de travail, sans augmenter le temps de travail effectif rémunéré. Cela constitue encore un élément supplémentaire de difficulté de séparation entre la vie au travail et la vie hors-travail en même temps qu'un facteur de dégradation de l'emploi et des conditions de travail des salariées, qui décrivent souvent en entretien des pauses repas impossibles, par exemple.

« Je ne mange jamais à midi moi, jamais. Après, quand j'ai fini chez la troisième, j'ai toujours la quatrième de 11 heures 45 à 12 heures 15. De 11 heures 30, j'arrive à 11 heures 45 jusqu'à 12 heures 15, pour une demi-heure. Mais j'ai mon planning de toute façon, c'est... rare que je mange à midi moi. Je fais régime ! » (aide à domicile, association).

Tous ces éléments liés à l'industrialisation des tâches constituent une intensification du travail, mais cette augmentation des cadences n'est pas sans conséquence sur la perception que les salariées ont de leur travail.

II.2. Une qualité « empêchée » conduisant à une perte de sens au travail

Ainsi, l'évolution des politiques publiques et le développement de politiques budgétaires restrictives conduisent à des modifications organisationnelles importantes, qui influent sur les modalités concrètes de réalisation du travail. Nous montrerons ici comment celles-ci développent chez les salariées des deux domaines d'activité un sentiment de « mal faire leur travail », sentiment qui est identifié comme facteur de risques psychosociaux (Collège d'expertise, 2011). Ce sentiment s'explique par différentes dimensions de l'organisation du travail.

Une qualité « empêchée » par la contrainte du temps

La contrainte du temps est très forte, comme nous l'avons vu précédemment. Elle conduit à un état de stress souvent décrit par les salariées :

« Le stress c'était le temps, les distances que je devais parcourir à vélo. Les distances, parce que moi j'avais 10 interventions dans une journée et c'était voilà... (...) Pas le temps de manger, pas le temps de rentrer manger le midi... » (aide à domicile, association).

Mais surtout, le fait de réaliser les tâches dans l'urgence du temps contraint dégrade la qualité du service, qui pour les salariées rencontrées, provient d'abord de la qualité de l'échange interpersonnel engagé avec les personnes âgées :

« Avant, on prenait le temps quand même de sourire, de rigoler avec les gens, des trucs comme ça. Tout ça, ça manque. Il faut rire, tu vois, des trucs comme ça. Là aujourd'hui on n'a plus le temps de rien faire » (aide à domicile, association).

Dans la définition de la qualité du service portée par les salariées, les conversations ne sont donc pas simplement du bavardage, mais font partie intégrante du travail de soutien de personnes en risque d'isolement, que ce soit dans l'aide à domicile ou dans les Ehpad :

« On papote un peu. Ils en ont besoin aussi parce qu'ils n'ont que nous. Souvent, il y a des personnes qui n'ont que nous. On n'a pas assez de temps, on en voudrait plus. Il faudrait qu'on soit plus nombreuses » (aide-soignante, Ehpad).

Lorsque le temps manque, ce sont les tâches relationnelles, pourtant citées comme primordiales quand on aborde la question du sens du travail et de l'intérêt du travail, qui sont évincées :

« Il n'y a plus d'écoute, il n'y a plus de... tu ne peux plus t'arrêter boire un café, parler avec la personne, il n'y a plus d'échanges, des trucs comme ça, tu ne peux plus rien faire. Non, aujourd'hui, ce n'est que le ménage » (aide à domicile, association).

La contrainte de temps, à la fois dans l'aide à domicile et dans les Ehpad, incite à limiter les temps de la relation humaine et sociale, reconnue centrale pour les activités réalisées auprès de publics dits fragiles (Martin, 2008). En ce sens, elle est un vecteur de dégradation de la qualité du service.

Des tâches visibles et quantifiables au détriment de la relation humaine et sociale

Au-delà du manque de temps, la rationalisation de l'activité conduit à une invisibilisation d'une partie des tâches pourtant essentielles aux yeux des salariées.

La définition implicite du travail portée par une organisation de type industriel amène à sélectionner certains types de tâches (ce qui se voit et ce qui est quantifiable) au détriment d'autres tâches qui semblent pourtant essentielles aux salariées mais qui ne trouvent pas leur place dans le *timing* imposé. Des objectifs à court terme liés aux modes de contrôle supplantent les fins du travail en termes de « prendre soin », qui deviennent alors inatteignables :

« Aujourd'hui, mon travail, je ne l'aime pas. Je ne sais pas s'il est bon ou s'il n'est pas bon. J'essaie de faire au mieux. Voilà. Je fais ce qu'on... ce qui se voit... et ce qui ne se voit pas, je le... on ne peut pas le faire » (aide à domicile, association).

« Il faut qu'il y ait du sens, on ne fait pas le truc parce qu'il faut la faire manger, on ne la fait pas manger pour la faire manger, on ne va pas changer pour changer, non. Quel sens ça a ? Qu'est-ce qu'il y a derrière ? Pourquoi on fait tout ça derrière ? » (aide-soignante, Ehpad).

On voit ici clairement comment l'organisation du service et les outils de gestion mis en place par l'employeur interfèrent dans le processus de construction du sens, en occultant les objectifs du travail et en introduisant une discordance avec les moyens utilisés pour y parvenir.

Une contrainte à mal faire son travail ?

La redéfinition du travail portée par la rationalisation débouche, selon certaines salariées rencontrées, aussi bien dans l'aide à domicile que dans les Ehpad, sur une contrainte à mal faire son travail déjà repérée dans des univers très différents par Marie-Anne Dujarier (2015:41), Yves Clot (2010) ou Danièle Linhart (2009).

« Et puis voilà, quand on... quand il y a 30 personnes et qu'on est trois professionnels, les toilettes sont bâclées. Alors que, justement, la

toilette devrait être un moment, un tête-à-tête où on discute, on s'enquiert de la personne. Mais là c'est presque au kärcher hein » (aide médico-psychologique, Ehpad).

« Sur un temps trop court, de me demander de faire plein de tâches et la personne, je la sentais frustrée parce que je n'avais pas eu le temps de le faire. Ou de ne pas pouvoir lui faire avec gentillesse, avec le sourire, d'être stressée, de courir et de n'avoir pas pu lui apporter ce rapport humain, c'est cette écoute, pour moi c'était ça. C'était ça le fait de ne pas avoir pu faire mon travail correctement » (aide à domicile, association).

Les salariées se décrivent alors comme acculées à faire ce que le corps social dénonce par ailleurs comme « maltraitance » et décrivent le conflit éthique devant lequel elles sont placées :

« Contrairement à ce qu'on dit sur la maltraitance, c'est rarement voulu. C'est à ses propres dépens qu'on devient maltraitant. On entend beaucoup la maltraitance. Elle est présente mais pas due à la volonté. C'est à cause de dépressions, de *burn-out*, qui sont nombreux dans le secteur. Cependant, les soignants sont conscients de leurs actes puisqu'on nous apprend à prendre du recul. (...) Au-delà de la question du temps qui est compliquée, il y a aussi celle de la responsabilité. Dès qu'il y a un problème, on nous rend responsables, c'est nous qu'on vient voir en premier » (infirmier, Ehpad).

« J'ai pu assister à des actes de maltraitance, des choses qui sont assez difficiles à accepter. Après il y a cette espèce d'usure professionnelle j'imagine, qui fait que... et puis : "Ils ne s'en souviennent même pas le lendemain". Combien de fois j'ai entendu ça de la bouche des professionnels... : "Ah mais ils ont Alzheimer ce n'est pas grave ! Si on les brusque un petit peu, demain ils ne vont pas s'en souvenir." J'ai trouvé ça... » (aide médico-psychologique, Ehpad).

Ainsi, la rationalisation des activités a amené à la fois des transformations tangibles sur l'organisation en intensifiant le travail mais aussi sur la perception que les professionnels ont de leur activité. Ces mutations conduisent à une dégradation des conditions de travail et des répercussions négatives sur la santé des salariées.

II.3. Répercussions sur la santé des salariées

Plusieurs travaux ont montré une dégradation tangible et mesurable des conditions de travail dans le secteur social et médico-social, venant de la relation entre salariées et clients/usagers (Devetter *et al.*, 2017:22), de l'importance des contraintes physiques (enquête SUMER 2010), ou encore des contraintes organisationnelles (Dares, 2014). On s'attachera ici à analyser, à partir des entretiens réalisés, les répercussions de cette dégradation

des conditions de travail sur la santé des salariées, ainsi que le rôle, perçu par les salariées, des pouvoirs publics dans cette dégradation.

Des pénibilités accrues par l'intensification du travail

L'ensemble des salariées interrogées soulignent comment la dégradation des conditions de travail impacte leur santé. Les pénibilités évoquées sont à la fois physiques et psychiques.

Dans le secteur, les pénibilités physiques sont en particulier liées au port de charges, important au cours de certaines toilettes et des tâches d'aide à la mobilité ; elles sont accrues par la répétition et les contraintes de temps liées à l'intensification, parfois aussi par le manque de matériel adapté :

« L'épuisement, les douleurs musculaires, les... les problèmes de dos. Quand la personne commence à avoir des pertes d'équilibre ou de... Pour la lever, c'est... pour avoir droit au verticalisateur pour la mettre debout, ça traîne, donc c'est... il y a les transferts. C'est là qu'on se tue le dos et que... Les douches qui sont mal adaptées, donc là aussi c'est le dos qui prend beaucoup » (aide à domicile, CCAS).

Une aide-soignante signale le cas d'une collègue bénéficiant du statut de travailleur handicapé. Il lui fallait donc un poste aménagé, ce qui semble impossible en Ehpad : au secrétariat, il y avait déjà deux personnes, et les financements étaient insuffisants pour créer un troisième poste. Finalement, cette collègue n'effectuait plus de soins mais elle s'occupait du ménage, de la restauration.

« Il y a beaucoup de douleurs physiques et rien n'est vraiment fait pour faciliter les tâches des salariées. (...) Moi, j'ai déjà fait du ménage. Quand tu fais 8 heures de ménage ou 5 heures de vaisselle à porter des plateaux, etc. C'est très physique, tu es tout autant crevé » (aide-soignante, Ehpad).

Les pénibilités d'ordre psychologique sont particulièrement aiguës pour les salariées d'Ehpad et du domicile travaillant avec des personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives, comme Alzheimer :

« C'était une personne qui avait la maladie d'Alzheimer depuis plusieurs années, et elle avait des passages d'agressivité, que ce soit avec moi ou avec des collègues. Moi, je m'étais même pris une gifle. Donc il y avait sa fille qui était là. C'était une dame qui avant sa maladie, d'après ce que nous disait sa fille, était super gentille, très agréable avec tout le monde et, depuis qu'elle a eu cette maladie, l'agressivité s'est développée. Et alors c'était des insultes, ça commençait comme ça, et puis après c'était des coups parce qu'elle ne voulait pas en fait qu'on fasse les tâches qu'on avait à faire. On avait la toilette à faire, elle ne voulait pas se laisser laver. Il fallait l'aider à s'habiller, se déshabiller, elle ne voulait pas, l'accompagner au... Enfin c'était tout, tout, de la réticence dans beaucoup de choses et même pour manger c'était

difficile ; il fallait l'aider à manger, c'était difficile aussi » (aide à domicile, CCAS).

« C'est vrai que des fois, physiquement, c'est dur. Physiquement parce que, du coup, c'est souvent le mal de dos qui revient des fois, même si on fait attention en faisant tous les gestes, postures qu'on peut faire mais c'est vrai qu'à force de cumuler en fait... Puis psychologiquement c'est vrai que des fois c'est dur aussi. Eh bien, là, surtout, vous parlez de la maladie d'Alzheimer, c'est vrai que des fois ce n'est pas simple » (agent de service, Ehpad).

Mais ces pénibilités physiques et psychiques sont redoublées par le stress provenant des modes d'organisation du travail, comme pour cette aide à domicile contrainte par une nouvelle répartition des interventions à des déplacements plus nombreux et plus longs :

« Mais il n'était pas permanent le stress, il l'était après sur la fin, il était... le stress, c'était le temps, les distances que je devais parcourir à vélo » (aide à domicile, association).

De nombreuses salariées rencontrées font état de l'impact de cette pression sur leur santé :

« Je stresse constamment, mais je n'avais jamais pris un médicament de ma vie et là j'en prends. J'en prends pour l'hypertension, pour la tension. J'ai très mal, je... là, au niveau des tendons » (aide à domicile, association).

Ces pénibilités peuvent ainsi entraîner des prescriptions médicales, et débouchent parfois sur des arrêts maladie. L'absentéisme peut donc être analysé comme la conséquence de contraintes d'organisation (voir *infra*) mais il a aussi en retour un impact sur les organisations, puisqu'il les oblige à gérer des remplacements :

« Le gros soucis aujourd'hui, c'est l'augmentation du nombre de remplaçants. Pour les filles, c'est fatigant car il faut les reformer à chaque fois » (infirmière, Ehpad).

Cette dégradation de la santé est rapprochée par les salariées de l'évolution des politiques publiques de ces dernières années.

Lien perçu entre ces évolutions et les mutations des politiques publiques

Lors des entretiens, une partie des salariées font le lien entre ces conditions de travail dégradées et le poids des autorités de tarification que sont les conseils départementaux pour l'aide à domicile, et les conseils départementaux et les ARS pour les Ehpad. La pression publique à la rationalisation et à la maîtrise des dépenses est notamment soulevée par le personnel de direction qui a de plus en plus de difficultés à gérer les différentes préconisations venant des autorités de tarification tout en réduisant les budgets :

« On a des injonctions qui sont totalement contradictoires » (directeur, Ehpad).

« On commence à être agacé, quand on nous demande la prestation du Crillon alors qu'en fait, on nous donne les moyens du Formule 1. Ce n'est pas possible, ce n'est pas qu'on est des mauvais managers, c'est que ce n'est pas possible » (directeur, Ehpad).

Dans ce contexte, même si elles n'ont pas de relations directes avec l'ARS ou les conseils départementaux, les salariées, que ce soit dans les Ehpad ou dans l'aide à domicile, ont souvent conscience des pressions extérieures que subissent leurs employeurs. Les salariées ont ainsi leurs propres visions des contraintes publiques qui conduisent à une rationalisation accrue de l'organisation du travail dans leur structure :

« Mais bon, maintenant les maisons de retraite, c'est toujours ceux au-dessus qui contrôlent. Ils n'y connaissent pas grand-chose en maison de retraite mais il faut tout notifier. Donc forcément, les directeurs, on leur demande donc ils nous demandent » (aide-soignante, Ehpad).

« L'État, le Conseil général, la direction de l'A. Tout le monde parle d'argent. Il faut que ce soit rentable, il faut faire... Moi ça m'énerve ! Moi je ne sais pas, j'aime bien avoir l'humain d'abord d'accord, et puis après l'argent ça viendra ensuite. Mais non, maintenant, il faut d'abord parler d'argent avant de services rendus, complément humain... ça, c'est terrible, moi je trouve ! Parce que ça veut dire que l'homme ça n'a pas beaucoup d'importance. On est traités comme des batteries, comme des volailles en batteries, pareil moi je trouve » (aide à domicile, association).

Conclusion

Depuis les années 1980, les politiques publiques se sont multipliées dans le champ de la dépendance. Aussi bien à domicile qu'en hébergement, elles se caractérisent par la mise en place au niveau national d'un référentiel industriel et marchand qui se traduit par une rationalisation, de type industriel, de l'organisation des services et du travail. Dans l'aide à domicile et dans les Ehpad, on constate une mise en concurrence des producteurs de services, une banalisation des activités pourtant réalisées auprès de publics dits fragiles, et une mutation des financements publics s'accompagnant de la diffusion d'indicateurs et d'outils d'évaluation quantitative de l'activité.

Ce processus de rationalisation industrielle de l'organisation du travail et des services conduit à une détérioration des conditions de travail sur divers aspects. Tout d'abord, on observe une intensification du travail due à une conception restrictive de l'activité de travail de la part des financeurs et à l'usage d'outils de gestion conduisant à une fragmentation croissante. Cette intensification provoque un sentiment de qualité « empêchée », une

perte de sens du travail effectué sous contrainte de temps, et une éviction de la relation humaine et sociale. Ces éléments concourent à la perception par les salariées d'une contrainte à « mal faire » son travail.

Ces dégradations des conditions de travail ont des répercussions importantes sur la santé des salariées, menant alors à un paradoxe : cette rationalisation engagée dans un objectif de maîtrise des dépenses publiques, parce qu'elle dégrade les conditions de travail des salariées, pèse en retour sur les budgets des organisations, et *in fine*, sur les budgets publics. C'est ici le lien entre la maîtrise des finances publiques et la rationalisation de l'organisation des services et du travail qui se trouve questionné : la rationalisation industrielle de services sociaux et médico-sociaux, reposant notamment sur une distinction entre des temps de travail qui seraient productifs et d'autres qui seraient non productifs, est-elle un moyen efficace de maîtrise des dépenses publiques ? Peut-on rechercher la hausse de la productivité sans avoir défini au préalable la nature du produit et, ici par conséquent, pris en compte les dimensions subjective et relationnelle inhérentes à un service « à la personne » ? La recherche de gains de productivité a-t-elle du sens pour des activités de service relationnel, qui plus est réalisées auprès de publics dits fragiles ? Lorsqu'elle s'appuie sur des outils issus de la sphère industrielle, dans ce type de services, elle ne peut se faire qu'au détriment des salariées, de leurs conditions de travail et *in fine* de leur santé. Ces pratiques posent une question de taille en termes de politiques publiques : est-il possible de viser une qualité du service en poursuivant l'actuel mouvement de dégradation des conditions de travail dans le secteur ? La qualité du service peut-elle être atteinte sans qualité du travail des salariées en interface avec les usagers ?

Références bibliographiques

- Barrois A., Devetter F.-X. (2012), « Aides à domicile : un régime temporel non stabilisé qui témoigne des ambiguïtés d'une profession inachevée », *Dossiers Solidarité et Santé*, « Les conditions de travail des aides à domicile en 2008 », n° 30, p. 29-46, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier30.pdf>.
- Bezes P., Musselin C. (2015), « Chapitre 5/ Le new public management : entre rationalisation et marchandisation ? », in Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P., Muller P. (dir.), *Une French Touch dans l'analyse des politiques publiques ?*, Paris, Presses de Sciences Po., p. 125-152, <https://spire.sciencespo.fr/hdl:/2441/1m0eemg4qt9cc8ct7bkgadninf/resources/chapitre05.pdf>.
- Cahuc P., Debonneuil M. (2004), *Productivité et emploi dans le tertiaire*, Rapport du CAE, Paris, La Documentation française, <http://www.cae-eco.fr/IMG/pdf/049.pdf>.
- Clot Y. (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte.
- Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (2011), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Rapport faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf.
- Dares (2014), « Les risques professionnels par métiers. Enquête SUMER 2010 », *Synthèse.Stat*, n° 5, mai, http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_Stat_no_05_-_Risques_professionnels_par_metiers.pdf
- Devetter F.-X., Dussuet A., Puissant E. (2017), « Pourquoi les aides à domicile sont-elles davantage rémunérées dans certains départements ? », *Revue d'économie régionale et urbaine*, n° 2, p. 239-270, <https://doi.org/10.3917/ru.172.0239>.
- Devetter F.-X. et al. (2017), *Les salariées du secteur associatif : des conditions de travail et des relations de service spécifiques ?*, Paris, Rapport pour la Dares.
- Devetter F.-X., Jany-Catrice F., Ribault T. (2009), *Les services à la personne*, Paris, La Découverte.
- Drees (2013), *Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation*, *Dossier Solidarité Santé*, n° 43, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>.
- Drees (2014), « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, n° 877, Drees, février, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er877.pdf>.
- Dujarier M.-A. (2015), *Le management désincarné : enquête sur les nouveaux cadres du travail*, Paris, La Découverte.
- Dussuet A., Puissant E. (2012), « La "relation d'usage" : un mode associatif spécifique de production des services de *care* », *Économies et Sociétés*, n° 4, p. 767-790.
- Dussuet A., Puissant E. (2015), « Un rôle ambivalent des associations dans la reconnaissance du travail salarié. L'exemple de l'aide à domicile », *Économies et Sociétés*, n° 37, p. 991-1018.

- Gadrey J. (1994), « La modernisation des services professionnels. Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle ? », *Revue française de sociologie*, vol. 35, n° 2, p. 163-195, <https://doi.org/10.2307/3322031>.
- Gadrey J. (2003), *Socio-économie des services*, Repères, La Découverte.
- Jany-Catrice F. (2010), « La construction sociale du “secteur” des services à la personne : une banalisation programmée ? », *Sociologie du travail*, vol. 52, n° 4, p. 521-537.
- Jany-Catrice F. (2012), *La performance totale : nouvel esprit du capitalisme ?*, Ville-neuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.
- Lascoumes P., Le Galès P. (2005), « Introduction : l'action publique saisie dans ses instruments », in Lascoumes P., Le Galès P. (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 11-44.
- Le Roy A., Puissant E. (2016), « Évolution des référentiels politiques dans l'aide à domicile », *Recma*, n° 342, p. 69-84, <https://doi.org/10.7202/1038127ar>.
- Lefebvre M. (2012), *Qualité(s) de l'emploi dans les services à la personne : entre régulations publiques et professionnelles*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Lille 1, <https://ori-nuxeo.univ-lille1.fr/nuxeo/site/esupversions/16a1856d-0a97-4cff-b1ec-201ec6f2eec0>.
- Linhart D. (2009), *Travailler sans les autres ?*, Paris, Éditions du Seuil.
- Martin C. (2008), « Qu'est-ce que le *social care* ? Une revue de questions », *Revue française de socio-économie*, n° 2, p. 27-42, <https://doi.org/10.3917/rfse.002.0027>.
- Muller P. (2011), *Les politiques publiques*, 9^e édition, Paris, Puf.
- Nirello L. (2015), *La construction problématique de la relation d'emploi dans l'ESS : les EHPAD, entre régulations publiques et régulations d'entreprise*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Nantes, <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=c5c864fb-d479-4d7e-87d7-07cafe094cd7>.
- Supiot A. (2015), *La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France (2012-2014)*, Paris, Fayard.
- Ughetto P. (2013), « L'enjeu paradigmatique de la relation de service au sein de la sociologie du travail », *La nouvelle revue du travail*, n° 2, en ligne, <https://nrt.revues.org/726>.
- Vatan S. (2014), *La tarification des services d'aide à domicile. Une analyse institutionnaliste par le rôle paramétrique du prix*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Lille 1, <https://ori-nuxeo.univ-lille1.fr/nuxeo/site/esupversions/c9f9362b-d49f-4437-9fe7-9b0463ad5c4b>.
- Veber O., Morel A. (2011), *Société et vieillissement. Rapport du groupe n° 1 de la mission interministérielle sur la dépendance*, Paris, Igas, <http://www.ladocumentationfrançaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000332.pdf>.