



Master d'études avancées

2009

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

---

La référence de situation dans le cadre de l'aide et des soins à domicile du  
canton de Vaud : un travail de trajectoire

---

Pauchard, Fabienne

**How to cite**

PAUCHARD, Fabienne. La référence de situation dans le cadre de l'aide et des soins à domicile du canton de Vaud : un travail de trajectoire. Master of advanced Studies, 2009.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:17861>

**PROCES-VERBAL DE SOUTENANCE DE MEMOIRE  
MASTER OF ADVANCED STUDIES (MAS)  
ANALYSE DU TRAVAIL ET CONSTRUCTION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES**

de Fabienne Pauchard

**TITRE DU MEMOIRE (article) :**

La référence de situation dans le cadre de l'aide et des soins à domicile du canton de Vaud :  
un travail de trajectoire

**COMMISSION DE MEMOIRE :**

1) Jean-Paul Bronckart (Directeur/trice)

2) Laurent Fillietaz

3) .....

4) .....

**Résumé**

Dans le but d'assurer une cohésion des prises en charges pluridisciplinaires à domicile, le système d'aide et de soins à domicile du canton de Vaud a créé la fonction de référent-e de situation. Depuis une vingtaine d'années, cette fonction est assumée par des assistant-e-s sociaux-ales, des ergothérapeutes et des infirmiers-ères, en plus de leurs tâches spécifiques, ceci sans qu'ils y soient réellement préparés. L'analyse du travail réalisée a permis de mettre en évidence les caractéristiques de cette activité et sa complexité. En effet, le référent de situation est au centre de systèmes d'interactions complexes dans lesquels sont impliqués les clients et leur entourage, l'équipe d'aide et de soins à domicile, ainsi que les ressources professionnelles médico-sociales du milieu ouvert. Un parallèle a été réalisé avec des concepts construits par Anselm Strauss, spécialiste de la sociologie du travail dont les recherches principales ont porté sur le domaine de la santé. Les notions de gestion de trajectoire et de travail d'articulation qu'il a développées lors de travaux conduits dans le milieu hospitalier sont particulièrement pertinentes pour rendre compte de la référence de situation. Sur ces bases, quelques orientations en vue du développement de dispositifs de formation pour les référents de situation débutants et expérimentés sont posées.

Genève, le 20 septembre 2009

**Master of advanced studies**  
**« Analyse du travail et construction des compétences professionnelles »**  
**2007 - 2009**

**Article**

**« La référence de situation dans le cadre de l'aide et des soins à domicile du canton de Vaud : un travail de trajectoire »**

Fabienne Pauchard  
septembre 2009

## **La fonction de référent-e de situation dans l'aide et les soins à domicile du canton de Vaud : le « cœur du métier »**

Dès la fin des années 80, le canton de Vaud a entamé une profonde mutation de son système de santé. En effet, une réorientation de l'action médico-sociale visant à la création d'une véritable alternative au placement en institution de long séjour et à l'hospitalisation a abouti à la création, entre 1988 et 1992, de Centres Médico-Sociaux (CMS) répartis sur l'ensemble du territoire et regroupés en huit institutions.

C'est ainsi que des services et des professionnel-le-s jusque-là séparés sur le terrain ont été regroupés et organisés en équipes pluridisciplinaires d'aide et de soins à domicile (ASD).

La mission définie pour l'aide et les soins à domicile du canton de Vaud est de permettre à chaque personne durablement dépendante ou qui a besoin d'un appui momentané de poursuivre son existence dans les conditions de son choix, quel que soit son âge, en lui offrant aussi longtemps que possible une réelle solution alternative au placement en établissement, dans le cadre d'une allocation rationnelle des ressources disponibles.

A cet effet, les CMS mettent à disposition les prestations suivantes :

- des soins infirmiers ;
- des soins d'hygiène et de confort ;
- de l'aide au ménage ;
- de l'aide à la famille ;
- la livraison de repas à domicile ;
- des démarches sociales ;
- des traitements d'ergothérapie ;
- la fourniture de moyens auxiliaires ;
- l'installation d'un Sécutel, système de sécurité ;
- une présence ou des veilles ;
- du conseil et de l'orientation.

Actuellement, les équipes des CMS sont constituées de collaborateurs-trices représentant différents métiers et qualifications: assistant-e-s sociaux-ales, ergothérapeutes et infirmiers-ières (personnel diplômé), aides familiales, assistant-e-s en soins et santé communautaire, infirmiers-ières assistant-e-s (personnel porteur d'un Certification fédéral de capacité), auxiliaires de santé (titre décerné par la Croix-Rouge Suisse et non reconnu dans le système de formation confédéral), auxiliaires au ménage (sans qualification pour leur activité).

Ces équipes sont encadrées à deux niveaux : par un-e responsable de centre pour l'ensemble des collaborateurs-trices ; par un-e responsable du personnel de soins et d'aide au ménage pour les collaborateurs-trices non diplômé-e-s chargé-e-s des soins de base et de l'aide au ménage.

D'autre part, des secrétaires d'équipe et des secrétaires de planification des interventions assurent un support administratif.

Ce dispositif n'assure pas l'ensemble des services dont une personne atteinte dans sa santé a besoin pour gérer ses problématiques et continuer à vivre chez elle. Le réseau médico-social cantonal comprend d'autres prestataires professionnels, tels que les médecins, hôpitaux, lieux d'accueil de jour, physiothérapeutes, services sociaux spécialisés etc. Par ailleurs, la grande majorité de la clientèle suivie par les CMS bénéficie d'un soutien actif de son entourage.

Dès le début de l'organisation des CMS, la nécessité d'une coordination des interventions, pour éviter la simple juxtaposition de prestations et le « morcellement » du client entre spécialistes, a été reconnue. Pour assurer la cohésion des interventions, une fonction particulière a été créée, celle de référent-e de situation. C'est ainsi qu'au chapitre «

Conçue comme une responsabilité, la référence de situation est attribuée aux professionnels-elles diplômé-e-s des équipes, soit les assistant-e-s sociaux-ales, ergothérapeutes et infirmiers-ères, en plus de leurs tâches spécialisées.

Actuellement, l'exercice de la référence de situation représente une part importante du travail des intervenant-e-s susmentionné-e-s, et son contenu dépasse largement les éléments décrits dans la conception de prise en charge. Notamment, des tâches particulières d'encadrement et de coordination avec l'ensemble du réseau médico-social se sont ajoutées.

Pour l'un des directeurs du dispositif d'aide et de soins à domicile, la référence de situation représente « le cœur du métier spécifique à l'aide et aux soins à domicile ». De son point de vue, « c'est cette fonction de référent qui concentre l'ensemble de la complexité propre à notre métier, de l'évaluation aux réévaluations successives en passant par la gestion d'entretien, l'écoute, l'analyse, la négociation, la fixation d'objectifs, la coordination, l'encadrement etc. ». Cette déclaration permet de situer deux éléments importants : le caractère central de la référence de situation pour l'institution, ainsi que la complexité du travail.

Or, pour faire court, si de nombreux efforts autour de la promotion de la fonction sont réalisés dans les CMS, la situation est caractérisée par l'absence de références communes, ainsi que par l'absence d'une analyse et d'une documentation des pratiques. Cette situation « pénalise » aussi bien le processus de recrutement des personnes capables d'assumer la double fonction, formalisée dans les cahiers des charge, d'intervenant-e spécialisé-e et de référent-e de situation, que l'accompagnement du développement des compétences des référent-e-s tout au long de leur parcours professionnel au sein des CMS.

Ceci alors que cette fonction représente une nouveauté pour les assistant-e-s sociaux-ales, ergothérapeutes et infirmiers-ères qui débutent dans les CMS. En effet, la référence de situation n'est pas un métier au sens classique du terme et ne fait pas l'objet d'un enseignement dans leur formation de base. Elle n'existe pas dans le milieu hospitalier, lieu d'expérience précédent d'une majorité des collaborateurs-trices débutant dans les CMS. Et les difficultés rencontrées dans le travail de référence de situation sont considérées comme nombreuses par l'ensemble des équipes de CMS, référent-e-s, autres intervenant-e-s et responsables hiérarchiques confondus.

C'est dans ce contexte que nous avons eu la possibilité de mener une étude au sein de l'une des huit institutions en charge de l'aide et des soins à domicile du canton, dans le but, à terme, de proposer des dispositifs de formation aussi bien pour les référent-e-s débutant-e-s qu'expérimenté-e-s. Nous pensons cependant qu'au-delà des perspectives de formation, cette étude est susceptible d'amener des informations utiles à l'ensemble de la gestion institutionnelle de la référence de situation, notamment au processus de recrutement, mais aussi, peut-être, à l'organisation du travail et à celle des équipes.

### **Une approche du travail de référent-e de situation**

Une analyse a été réalisée avec dix référent-e-s de situation dans l'une des institutions d'ASD du canton. Elle s'est déroulée principalement au moyen d'entretiens semi-directifs, mais aussi d'observations directes, en particulier lors d'une situation de travail typique de la référence de situation. Il s'agit là de réunions spécifiquement organisées au sujet d'un-e client-e et qui regroupe le-la référent-e de la situation, les collaboratrices de soins de base et d'aide au ménage concernées, ainsi que leur responsable hiérarchique. De telles réunions sont destinées à gérer les problématiques qui se présentent dans les prises en charge.

Ces étapes ont été complétées par une analyse de la prescription principale concernant la référence de situation et par une récolte d'informations auprès des responsables hiérarchiques des référent-e-s interrogé-e-s.

Des résultats de cette analyse, nous aimerions restituer notre compréhension du système dans lequel les actions de référence de situation s'inscrivent et avec lequel le référent de situation est en interaction constante. Nous le décrirons d'abord, puis nous tenterons d'en rendre compte par un schéma.

Les référent-e-s interrogé-e-s se considèrent comme des intermédiaires entre l'institution qu'ils-elles représentent et les client-e-s (ainsi que leur entourage, le cas échéant).

L'institution est principalement conçue en tant que cadre qui définit une mission, des prestations, des règles de fonctionnement, des ressources et des conditions de travail.

Les client-e-s et leur entourage sont perçus en tant que personnes ayant, notamment, des attentes, des demandes, des difficultés, des ressources, des habitudes de vie, et des valeurs.

La responsabilité du-de la référent-e est, en fonction des problématiques d'aide et de soins identifiées avec le-la client-e, d'assurer la définition, la mise à disposition et la mise en œuvre des prestations dispensées par le CMS, ainsi que de les coordonner avec les prestations, services, interventions de professionnels, ou institutions, externes (réseau médico-social, réseau d'entraide associatif, services commerciaux, Justice, ...).

Ce travail nécessite de multiples interactions. Celles-ci concernent le-la client-e et son entourage en premier lieu, puisque aussi bien la Conception de prise en charge que les expériences montrent que la vision que le-la client-e a de ses difficultés et des problématiques qu'il-elle rencontre, ainsi que ses attentes, sont décisifs dans le projet de prise en charge. Ainsi, une référente interrogée déclarait « sans le consensus du client, le travail n'aboutit pas ». Dans les situations très stables, ces interactions peuvent devenir épisodiques, le projet de prise en charge et les prestations demeurant identiques. Mais bien des situations évoluent, en raison de la péjoration de l'état de santé, ou de changement dans les difficultés rencontrées, ou du décès du-de-la conjoint-e qui assurait une grande partie de l'aide requise, etc. Les interactions sont alors très fréquentes, pour sans cesse redéfinir et ajuster le projet de prise en charge.

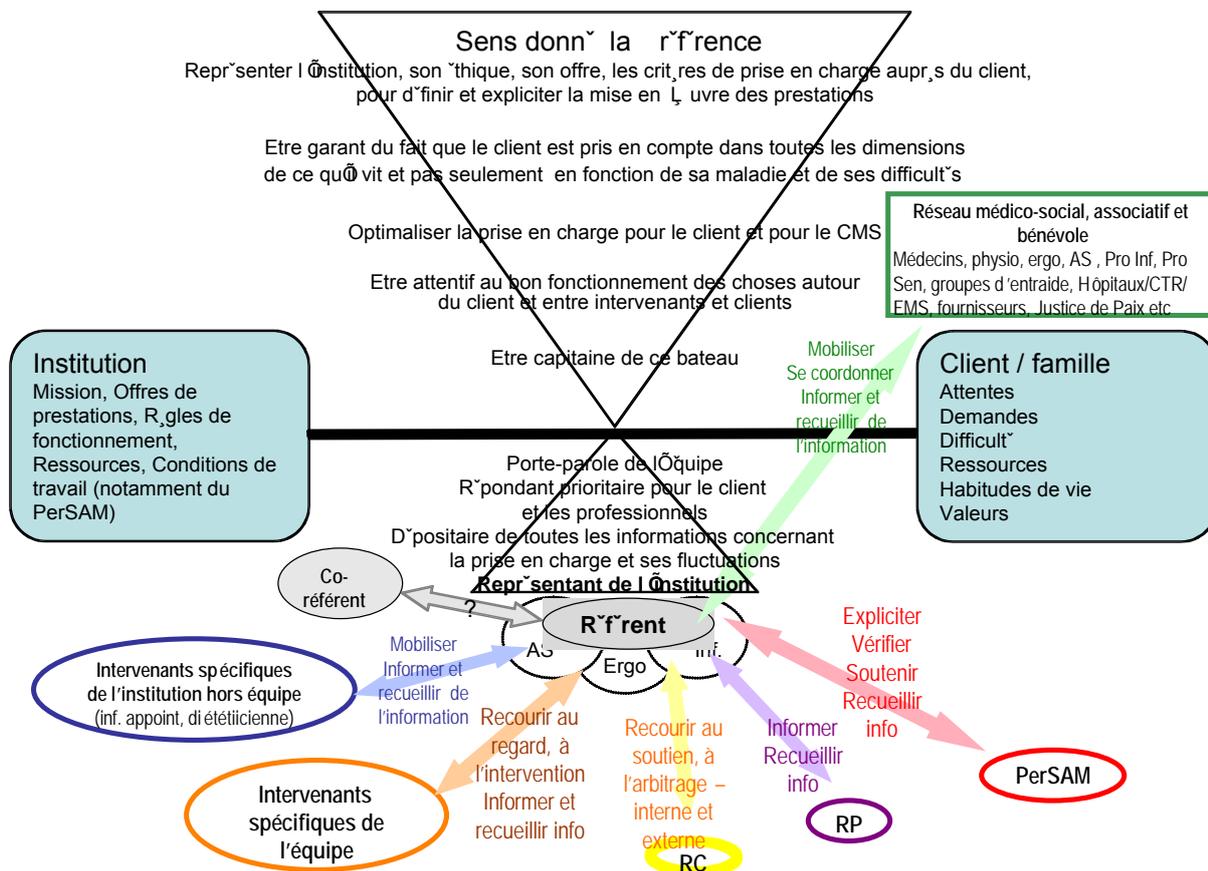
Les interactions concernent aussi l'ensemble des collaborateurs-trices du CMS qui interviennent dans la situation, pour transmettre et récolter les informations nécessaires à la réalisation des prestations, à la cohésion de la prise en charge, à la résolution des multiples difficultés qui surgissent et aux adaptations nécessaires de la prise en charge. Il faut ici souligner l'impact des conditions de travail à domicile : les intervenant-e-s ne réalisent pas leurs prestations sous les yeux les un-e-s des autres, mais la plupart du temps de manière solitaire, loin du CMS, dans autant d'environnements qu'il y a de client-e-s. Le-la référent-e doit donc instaurer et entretenir des contacts fréquents avec ses collègues si il-elle veut rester au courant et les maintenir informés de ce qui se passe.

Très souvent, le-la référent-e est à l'origine de la mobilisation des ressources externes au CMS, et, une fois ces ressources mobilisées, il-elle travaille à leur coordination dans le cadre du projet de prise en charge géré par le CMS avec le client.

Si le médecin traitant du client, la plupart du temps un médecin libéral, est le prescripteur des actes médico-techniques et des soins infirmiers, ainsi que des traitements d'ergothérapie, il n'est pas le coordinateur de la situation, en tout cas pas pour le CMS, mais souvent pas non plus pour l'ensemble des prestations dont bénéficie le-la client-e de la part du réseau médico-social. Bien que le médecin joue un rôle important de par son statut et son pouvoir de décision dans le système de santé, c'est souvent le-la référent-e qui le sollicite et organise les interactions pour obtenir la coordination de l'ensemble des prestations.

Ainsi, le-la référent-e de situation est au cœur d'un système complexe, évolutif, nécessitant constamment des ajustements, et dans lequel il-elle tente d'optimiser la prise en charge pour le-la client-e et pour le CMS.

Le schéma suivant tente de rendre compte visuellement du système dans lequel les actions des référent-e-s s'inscrivent.



### Le concept de trajectoire

Cet aperçu de la référence de situation rapidement posé, il nous paraît utile de rendre compte de travaux réalisés par Anselm Strauss, spécialiste de la sociologie du travail dont les recherches principales ont porté sur le domaine de la santé, et d'identifier, parmi les concepts qu'il a développés, ceux qui nous permettront de mieux saisir le travail du-de la référente de situation.

Un concept fondamental introduit par Strauss (1992) est celui de trajectoire. « Nécessaire à une appréhension sociologique de la gestion de la maladie » (p. 144), la notion de trajectoire lui permet « d'ordonner de manière analytique l'immense variété des événements qui entrent en jeu (...) chaque fois que les patients, leur famille, et les personnels cherchent à contrôler et à affronter ces maladies » (p. 144). Ce qui intéresse Strauss dans sa recherche autour de

la gestion de la maladie chronique en milieu hospitalier, c'est d'appréhender l'organisation et la réalisation du travail thérapeutique dans un contexte de grande complexité des facteurs qui influent sur le travail de soin (Baszanger, 1992). Dans la suite de notre recours aux travaux et aux concepts développés par Strauss, nous nous référons systématiquement aux textes traduits en français et publiés en 1992 sous le titre « La trame de la négociation », ouvrage répertorié dans la bibliographie.

Strauss différencie le cours d'une maladie (son évolution, ses étapes et ses symptômes) de la trajectoire de la maladie. Il identifie sous le terme de trajectoire de la maladie aussi bien le développement physiologique de cette dernière, que l'organisation du travail déployée à suivre ce cours et le retentissement du travail et de son organisation sur ceux qui y sont impliqués (p. 143). Font partie de cette trajectoire les différents actes médicaux et infirmiers nécessaires, les compétences spécifiques requises, la répartition des tâches entre les intervenants, le client et ses proches (p. 143-144).

La trajectoire implique une gestion, et donc un « travail de trajectoire » (p. 187). Selon les observations de Strauss, le travail de trajectoire réalisé autour de la maladie chronique dans les hôpitaux, « peut exiger ou impliquer parmi d'autres plusieurs type de travail différents. (...) on peut distinguer : le travail de confort, le travail de sécurité clinique, le travail de machine (machine work) le travail de maîtrise de soi, le travail biographique et d'autres types de travail psychologique (qui sont des sous-types de ce que nous appellerons le « travail sur les sentiments » - *sentimental work* -) auxquels il convient d'ajouter le travail d'articulation de toutes les nombreuses tâches comprises dans le plan de travail global » (p. 187-188). Sans nous attarder ici sur la complexité du travail de trajectoire, nous retiendrons de cette définition que la gestion d'une trajectoire est un travail conséquent et multidimensionnel, et que ses composantes ne sont pas identiques pour chaque trajectoire.

Dans le contexte étudié par Strauss, le travail de trajectoire commence par un diagnostic réalisé par le médecin. Celui-ci peut alors anticiper un schéma de trajectoire, soit une « représentation imaginaire de la succession d'événements envisageables et d'actions à prévoir » (p. 162). Le médecin chef de service est considéré comme un directeur de trajectoire (p. 169). Mais si la gestion d'une trajectoire nécessite un plan d'ensemble, que Strauss qualifie de « schéma directeur de la trajectoire » (p. 191) et si celui-ci est le fait du médecin, sa mise en œuvre implique de nombreux processus et actions qui doivent être coordonnés. Sur ce plan, toujours dans le milieu étudié, une autre figure gère l'opérationnalisation du schéma directeur, en la personne de la surveillante générale, tandis que les divers « agents de santé (...) effectuent les tâches opérationnelles requises » (p. 191).

Bien que cette vision très hiérarchisée soit considérée comme taylorienne par Grosjean et Lacoste (1999, p. 168-169) et peu pertinente par rapport à ce qu'elles ont observé dans les services hospitaliers qu'elles ont étudiés, ce découpage nous semble intéressant à des fins d'analyse du travail de trajectoire réalisé dans d'autres milieux que les établissements hospitaliers.

Une coordination est donc nécessaire pour la mise en œuvre du plan d'ensemble, sans quoi les actions de l'équipe de soins ne seraient que « l'assemblage cahotique de fragments épars de travail accompli » (p. 191). Cette coordination est désignée par Strauss sous le terme de travail d'articulation.

Tout travail de trajectoire nécessite un travail d'articulation, mais à des degrés divers. Par exemple, la présence de « trajectoires multiples » (p. 148) en lien avec la présence de plusieurs maladies chez une personne hospitalisée, augmente l'exigence du travail d'articulation.

Strauss a identifié les principaux moyens d'articulation mis en œuvre dans le milieu hospitalier. Il stipule que : « la négociation, la persuasion, la discussion et l'enseignement sont les moyens principaux pour atteindre une articulation maximum du fait – pour le dire vite – du caractère problématique des trajectoires elles-mêmes et de l'armée des imprévus

technologiques, organisationnels et liés à la clientèle qui assaillent tous ceux qui effectuent ce travail de trajectoire. » (p. 242).

En effet, des imprévus et des difficultés de tous ordres agissent en tant que facteurs de désarticulation des trajectoires. Dans la gestion des trajectoires des maladies chroniques, Strauss distingue huit sources de perturbation, soit : les trajectoires de maladies elles-mêmes en raison de leur imprévisibilité ; la diversité des types de maladies que les services hospitaliers doivent traiter en même temps ; la concurrence entre les malades pour les ressources disponibles ; les malades eux-mêmes ; la technologie médicale ; l'organisation hospitalière ; les interactions entre les différents types de travail requis par la gestion de la trajectoire ; les désaccords sur l'évaluation du travail accompli au service de la trajectoire (p. 193-196). Tous ces facteurs peuvent interférer avec la trajectoire prévue et perturber le travail d'articulation réalisé, rendant difficile une gestion optimale des trajectoires.

Ainsi, les perturbations entraînent un surcroît de travail d'articulation, que ce soit par de nouvelles actions d'articulation, par des actions de ré-articulation ou de modification d'articulation. Dans ce « jeu », tous les acteurs participent, y compris les patients qui tentent leur propre travail d'articulation ou, en désaccord avec les traitements ou pour d'autres raisons, bloquent une ou des articulations, voire procèdent à des désarticulations (p. 207-225).

De cet exposé rapide, nous souhaitons retenir les concepts de gestion et de travail de trajectoire, ainsi que de travail d'articulation pour éclairer la référence de situation dans l'aide et les soins à domicile.

### **Le référent de situation : un gestionnaire de trajectoire**

Nous nous proposons donc de saisir une partie de l'activité des référents de situation par le biais des concepts de trajectoire et d'articulation développés par Strauss, notamment parce qu'ils nous semblent porteurs de ressource pour la réflexion sur des dispositifs de formation. Il s'agit d'approcher plus spécifiquement le travail de référence de situation en terme de travail de trajectoire, et de nous intéresser aux actions d'articulation menées pour gérer la trajectoire des problématiques médico-sociales dans les situations de client-e.

Au cours de cette démarche, nous mobiliserons le matériel constitué lors de l'étude mentionnée, notamment le contenu des entretiens et le contenu d'une réunion entre une référente, les auxiliaires de santé intervenant auprès du client concerné, ainsi que leur responsable.

Si Strauss évoque la ou les maladies dans le cadre du travail de trajectoire dans le milieu hospitalier, pour ce qui concerne l'aide et les soins à domicile, il s'agit d'élargir cette notion aux problématiques médico-sociales des clients. Pour rappel, la finalité de l'organisation et des prestations est le maintien dans leur cadre de vie des personnes atteintes dans leur santé. L'organisation vaudoise de l'aide et des soins à domicile permet la prise en compte des problématiques sociales dans les projets de prise en charge, du fait de l'intégration d'assistant-e-s sociaux-ales dans les équipes et de l'offre de prestations sociales. Ceci ajoute en complexité par la multiplicité des intervenant-e-s, des logiques et des prestations à organiser et coordonner.

On l'a vu, dans le milieu hospitalier Strauss attribue au médecin la responsabilité et la réalisation du « schéma directeur de la trajectoire », tandis que les surveillantes générales en dirigent l'exécution et que les divers agents de santé effectuent les tâches opérationnelles requises.

Dans les institutions d'aide et de soins à domicile, système auquel le médecin est externe, la perception de la nécessité d'assurer une cohésion des interventions a donné lieu à la création de la fonction de référent-e de situation. C'est donc sur cette fonction que va porter une part importante de la gestion de trajectoire. Nous l'avons évoqué plus haut, un-e référent-t doit assurer la définition, la mise à disposition et la mise en œuvre des prestations

dispensées par le CMS, ainsi qu'une coordination avec les prestations, services, interventions de professionnels, ou institutions, externes. La notion de projet de prise en charge, utilisée dans l'aide et les soins à domicile, représente le schéma directeur évoqué par Strauss. Le-la référent-e est chargé-e de construire, mettre en œuvre et suivre un « projet de prise en charge » pour chaque situation de client dont la responsabilité lui est attribuée. Une dimension de conception est fortement présente, puisqu'il s'agit de construire une vision globale de la situation du client, d'identifier les problématiques qui nécessitent des prestations et de se mettre d'accord à ce sujet avec le-la client-e. La définition du projet de prise en charge par le CMS tient compte de la mobilisation des ressources du client et de son entourage, ainsi que de celles du réseau médico-social disponible..

En ce qui concerne l'opérationnalisation du schéma directeur, il faut noter le rôle très important joué par le-la responsable du personnel de soins et d'aide au ménage (PerSAM). En effet, la majorité des prestations réalisées par les CMS consistent en soins de base et aide au ménage. Les professionnel-le-s qui assument ces prestations le font uniquement sur délégation du personnel diplômé. Le-la responsable du PerSAM, avec l'aide d'une secrétaire planificatrice, organise la mise en œuvre du plan pour une grande partie des actions, en planifiant les interventions des auxiliaires de soins et d'aide au ménage. Pour sa part, le-la référent-e opérationnalise une partie du plan en mobilisant ses collègues diplômé-e-s et des ressources externes.

Si le-la référent-e joue le rôle attribué au médecin par Strauss, il-elle partage en partie cette responsabilité avec l'équipe pluridisciplinaire, selon la Conception de prise en charge en tout cas, notamment par le truchement de la présentation et de la discussion des situations lors des colloques d'équipe. De plus, contrairement au médecin, il-elle n'a pas un statut qui le-la place hiérarchiquement et en termes de connaissances au-dessus de ses collègues diplômé-e-s. Ainsi, les sous-trajectoires représentées par la prise en charge des problématiques sociales et de réadaptation sont gérées en autonomie par, respectivement, les assistant-e-s sociaux-ales et les ergothérapeutes, mais dans le cadre d'un projet global dont le-la référent-e est responsable. Et comme le-la référent-e est l'interlocuteur-trice « institutionnel-le » officiel-le des client-e-s, ces sous-trajectoires ne peuvent être initiées qu'avec son accord, voire sous son impulsion.

De leur côté, le-la client-e et ses proches sont, généralement, très impliqués dans le travail de trajectoire, et réalisent quantité d'actions qui agissent sur les trajectoires liées aux différentes problématiques.

Nous allons maintenant nous centrer sur le travail de trajectoire effectué par le-la référent-e.

En nous appuyant sur les entretiens réalisés avec les référent-e-s de situation partie prenante à notre étude, nous avons établi les étapes clé de la conception et de la gestion d'une trajectoire par les référent-e-s :

- la construction d'une vision de la situation du-de la client-e dans sa globalité ;
- l'analyse de la situation partagée avec l'équipe du CMS, le-la client-e et sa famille, le réseau médico-social professionnel ;
- l'élaboration du projet de prise en charge avec le-la client-e ;
- la mise en route des prestations du CMS et d'autres ressources ;
- le suivi du projet de prise en charge ;
- le soutien du personnel de soins et d'aide au ménage.

Nous n'aurons pas, ici, la possibilité de revenir sur chacune de ces étapes, mais nous souhaitons donner quelques indications au sujet de la première, soit la construction d'une vision de la situation du-de la cliente dans sa globalité. Elle correspond au début du travail de trajectoire. Dans le milieu hospitalier, nous avons relevé avec Strauss qu'il s'agit, pour le médecin, de poser un diagnostic. Pour l'aide et les soins à domicile, il ne s'agit pas de diagnostic, mais d'appréhender la personne dans son système et son fonctionnement. C'est ce qu'une référente indique par « j'essaie d'avoir une vision claire et globale de la situation », « j'essaie de comprendre comment s'imbriquent les choses comment tout fonctionne ». Cela

nécessite l'identification d'un grand nombre d'éléments, tels que, notamment : les difficultés de la personne (dans une approche bio-psycho-sociale), sa propre perception de ses besoins, son fonctionnement par rapport à la gestion de sa vie, de sa maladie/handicap et de ses difficultés, ses rôles, ses soucis, ainsi que les interventions et prestations de tiers. Il s'agit aussi d'entendre la personne sur ses ressources, ses capacités dans son cadre familial, et d'identifier ce qu'elle est prête à changer, à accepter dans la phase où elle se trouve.

Cette étape, qui se renouvelle régulièrement dans la gestion d'une trajectoire, est jugée fondamentale par les référent-e-s interrogé-e-s. Bien que très imbriquée avec les deux suivantes, l'analyse de la situation et l'élaboration du projet de prise en charge avec le-la client-e, elle appelle des outils et des compétences particulières que nous tenterons de prendre en compte dans nos réflexions autour de dispositifs de formation.

### **Le travail d'articulation**

Dans la gestion de trajectoire qui incombe aux référent-e-s, le travail d'articulation est essentiel et indispensable.

Pour les situations de client-e-s suivi-e-s par l'aide et les soins à domicile, les trajectoires sont multiples, dans le sens non seulement où il y a multiples maladies concomitantes nécessitant des interventions différentes, mais aussi multiples problématiques prises en compte pour assurer le maintien à domicile (par ex. un diabète, mais aussi une incapacité à réaliser l'ensemble des tâches domestiques, à gérer sa situation financière, etc). Il y a donc très souvent plusieurs trajectoires et leur coordination, c'est-à-dire un travail d'articulation entre trajectoires, est constamment à réaliser. De plus, les trajectoires à articuler dans un tel cadre comportent une dimension ajoutant à la complexité : la coordination de deux registres professionnels très différents, ceux du domaine de la santé et du domaine du social. Il s'agit aussi d'articuler des cultures, des connaissances, des concepts et, probablement, des temporalités très différentes.

Par ailleurs, le-la référent-e doit également mobiliser des ressources et des interventions hors CMS, de la part des partenaires du réseau médico-social, suscitant ou collaborant à des trajectoires dont il-elle n'a pas la responsabilité, mais qui vont « interférer » avec la trajectoire gérée au sein du CMS.

Nous l'avons signalé, au sein même du CMS, il y a, dans le projet de prise en charge d'un-e client-e, beaucoup de trajectoires et beaucoup d'acteurs qui font, en tout cas partiellement, de la gestion de trajectoire dans les situations de prise en charge à domicile, comme nous le verrons ci-dessous.

Or, comme le mentionne I. de St-Georges (2008, p. 174) qui reprend le concept développé par Strauss: « plus la trajectoire sera problématique et complexe, plus les divergences risquent d'être importantes et de donner lieu à la projection d'arcs de travail différents par les uns et les autres (y compris le malade) (...) ».

D'où la nécessité d'un travail d'articulation conséquent et déterminant pour l'atteinte des objectifs de prise en charge. Dans le travail de référent-e de situation, pour réaliser la finalité des prises en charge, soit le maintien à domicile dans des conditions acceptables par tous les partenaires concernés, le travail d'articulation est probablement aussi décisif que la conception de la trajectoire elle-même, en co-construction avec le client.

Ce travail est constamment sollicité, non seulement parce que de nombreuses trajectoires sont à coordonner, mais aussi en raison des nombreuses perturbations qui viennent entraver le travail de trajectoire.

A travers les entretiens réalisés, nous avons pu repérer les principales sources de perturbation, facteurs de désarticulation des trajectoires.

Il s'agit, en premier lieu, des désaccords sur la prise en charge entre les protagonistes. Ces désaccords peuvent concerner de multiples objets : la définition des problématiques et des

besoins de la personne soignée, les prestations elles-mêmes ou la façon de les réaliser, les conditions de réalisation des prestations (horaires, recours à certains matériels techniques, ...), la définition de l'intervenant-e adéquat-e pour réaliser une prestation, etc. Ils peuvent opposer le-la client-e ou sa famille aux intervenant-e-s du CMS (y.c référent-e), les intervenante-s du CMS entre eux-elles ou aux intervenant-s externes. Par exemple, dans l'une des situations évoquées, la cliente estimait que les soins qu'elle recevait par des auxiliaires de santé auraient dû être réalisés par des infirmiers-ères. Outre de nombreuses réclamations au référent de situation, elle traitait les auxiliaires de santé comme des domestiques. Ces désaccords rendent le travail d'articulation plus difficile et suscitent de nombreuses désarticulations. Ils nécessitent aussi d'intégrer dans le travail d'articulation des actions de prévention des désarticulations. Celles-ci peuvent prendre la forme, par exemple, d'une demande de signature d'un contrat par le client, ou d'une organisation systématique de réunions régulières entre certains protagonistes.

Les composantes émotionnelles fortes des situations de prise en charge sont également des facteurs de désarticulation. Il s'agit, en particulier, du caractère tragique de certaines situations qui mobilise fortement les émotions des intervenant-e-s. Deux des référentes interrogées mentionnent des situations impliquant des jeunes familles. Dans un cas le père, dans l'autre la mère, de jeunes enfants est atteint d'une maladie dégénérative. Dans les deux cas, les émotions suscitées par le parcours de la maladie, aussi bien dans la famille que chez les nombreuses personnes impliquées dans les interventions, perturbent la gestion de la trajectoire et exigent de la référent-e qu'elle renouvelle sans cesse son travail d'articulation. Dans de tels cas, les désarticulations peuvent provenir aussi bien du-de la référent-e (l'une d'elles donne en exemple la multiplication inutile de ses propres actions qui finissent par déséquilibrer le système de prise en charge et la mènent proche de l'épuisement), que les intervenant-e-s de soins de base (une autre référente relate le quasi harcèlement auquel elle a été soumise par des collègues en colère et qui exigeaient l'impossible en terme de solutions aux difficultés du client).

Une autre source de perturbation réside dans un type particulier de parcours de maladie : l'évolution rapide d'une problématique dégénérative. Cette évolution remet sans cesse en cause les articulations réalisées, et surtout, empêche presque le travail d'articulation. Dans la situation du client atteint d'une maladie dégénérative mentionnée dans le paragraphe précédent, ce qui est mis en place est toujours en retard d'un cran. C'est toute la gestion de la trajectoire qui est là en cause, mais avec un impact fort sur les articulations qui sont défaites pratiquement au fur et à mesure de leur instauration.

L'incapacité du-de la client-e à jouer un rôle de partenaire dans le projet de prise en charge conduit à de multiples désarticulations, du fait que les engagements pris ne sont qu'aléatoirement tenus. Une référente relate la situation d'un client atteint dans sa santé mentale et chez qui les intervenant-e-s de soins de base sont inquiets-êtes d'aller car ils-elles sont régulièrement laissé-e-s derrière la porte fermée, sans savoir s'il est arrivé quelque chose ou si le client dort ou s'il s'agit d'un oubli de sa part. Le plan prévu est ainsi remis en cause, le doute règne sur les actions à entreprendre, faut-il avertir la police, attendre une reprise de contact de la part du client, changer l'horaire des interventions ?

Un dernier type de facteur de désarticulation repéré est représenté par les difficultés somatiques ou psychologiques des collaborateurs-trices de soins de base et d'aide au ménage. Nous l'avons déjà mentionné, ces prestations constituent la majorité des interventions réalisées dans l'aide et les soins à domicile. Lorsqu'un-e ou plusieurs des intervenant-e-s commencent à se plaindre de douleur aux genoux ou au dos en lien avec la lourdeur physique des prestations à réaliser dans une situation, ou lorsque que les plaintes concernent des difficultés psychiques, la désarticulation guette. Dans l'exemple cité plus haut, où les intervenant-e-s se sentent traité-e-s comme des domestiques par une cliente chez laquelle il faut intervenir matin et soir sept jours sur sept, elles se font également insulter lorsqu'elles sentent la fumée ou le parfum. Certaines d'entre elles finissent par

refuser de travailler chez cette cliente, ou menacent de refuser. Toute la coordination et remise en cause et un nouveau travail d'articulation est à entreprendre.

Quels sont les moyens qu'utilise le-la référent-e pour son travail d'articulation, de ré-articulation et de prévention des désarticulations ? Tout comme dans le milieu hospitalier elle recourt principalement à la négociation, la persuasion et la discussion. L'enseignement est régulièrement cité par les référents dans leurs tâches et dans leurs pratiques, principalement auprès des collaboratrices de soins de base et d'aide au ménage, sous la forme d'un accompagnement dans les situations de client. Cependant, dans les données recueillies, l'enseignement n'est pas réellement apparu comme modalité spécifique du travail d'articulation dans les situations de prise en charge évoquées.

Le thème de la négociation mériterait de nombreux développements. Nous nous contenterons ici de signaler qu'il peut aussi bien rendre compte d'un processus de marchandage lorsque les intérêts divergent, que d'une tentative de résolution de divergences ou de conflits d'intérêt (Grosjean, 2004, p. 122) ou d'un agir communicationnel destiné à construire un accord, qu'il y ait divergence d'intérêt ou pas (Fillietaz, 2004, p. 78). Les exemples relatés par les référent-e-s interrogé-e-s montrent que tous ces mécanismes sont à l'œuvre dans leurs actions d'articulation. On peut voir comme un type de marchandage l'action de la référente qu'elle relate elle-même au cours d'une réunion avec les collaboratrices de soins de base en disant : « de même que je lui dis que si on doit faire une petite toilette au lit avec un lit à cette hauteur c'est pas possible mais qu'il faut un lit électrique ». Ici, dans une vision de « donnant-donnant », le client est informé que s'il veut que les intervenantes réalisent sa toilette intime pour lui, il doit donner quelque chose en échange, en l'occurrence changer son lit considéré comme trop bas pour les interventions (mise en danger de la santé physique des intervenantes) contre un lit électrique.

La négociation est également utilisée dans le travail d'articulation lorsqu'il s'agit de s'assurer que les auxiliaires de soins de base agissent bien selon le plan prévu. Ces intervenant-e-s, de par le fait que leur travail se déroule loin des prescripteurs et de manière solitaire, au domicile du client, disposent, de fait, d'une marge de manœuvre importante. Ceci signifie que le-la référent-e de situation doit trouver un accord avec eux-elles pour qu'ils-elles collaborent dans le projet de prise en charge de la façon qui est attendue. Ainsi, les auxiliaires, dans la situation du client évoquée ci-dessus, peuvent facilement accéder à la demande du client de lui faire sa petite toilette au lit, malgré l'absence d'un lit électrique, sans risquer d'être découvertes. Pour obtenir qu'elles « tiennent la ligne », la négociation d'un accord est une possibilité, lorsqu'une divergence est repérée.

La persuasion est également un moyen fréquemment utilisé pour réussir l'articulation. Ainsi, dans l'exemple ci-dessus, la référente met en évidence une dérogation potentielle à la trajectoire prévue : « alors bon c'est clair que moi ben j'y vais pour le stimuler le plus possible et puis à chaque fois je me fais s'il est mal luné insulter parce que tout le monde lui fait sa toilette intime au lit enfin ». Les auxiliaires contestent l'affirmation du client selon laquelle elles lui font sa petite toilette au lit, alors que c'est lui qui doit s'en charger. La référente tente alors de persuader les auxiliaires d'agir dans le sens voulu en leur transmettant les arguments qu'elle donne au client : « ben les choses qu'il peut vraiment pas faire je fais volontiers, mais le reste c'est important qu'il le fasse lui-même parce que malgré son âge plus il bouge plus il est debout et moins ce sera difficile ».

La persuasion peut aussi passer par l'appel à l'autorité, comme le démontrent plusieurs récits des référent-e-s interrogé-e-s. Ainsi, dans la situation déjà mentionnée où les auxiliaires se sentaient traitées comme des domestiques et se faisaient insulter si elles sentaient la fumée ou le parfum, le référent de situation a fait appel à l'intervention du responsable de centre auprès de la cliente pour lui signifier les règles à respecter.

La discussion représente manifestement le moyen le plus largement utilisé pour le travail d'articulation. Elle permet la transmission et le partage d'informations, de connaissances et de points de vue. Les référent-e-s font largement mention de ce partage nécessaire pour

assurer la coordination. Ils-elles l'utilisent également pour repérer les risques de désarticulation, notamment en discutant dans les couloirs du CMS avec les auxiliaires qu'ils-elles rencontrent par hasard, en dehors des réunions formelles d'échanges d'informations. La discussion est également très présente sous la forme de réunions formelles des protagonistes, moyens de régulation très utilisés.

### **Des pistes de renforcement de la référence de situation**

Pour conclure, nous allons brièvement esquisser quelques pistes pour un renforcement des dispositifs institutionnels de soutien du travail de référence de situation.

De façon générale, nous proposons de considérer que la complexité et les exigences de la référence de situation, vue sous l'angle d'une gestion de trajectoires, nécessite des compétences particulières, qui ne peuvent pas provenir uniquement du transfert de celles acquises dans les professions de base des référents de situation. Ceci bien que ces professions représentent, manifestement, un fondement solide, et, à priori, indispensable au travail de référence de situation.

En conséquence, nous postulons que la référence de situation représente ce que nous appellerions volontiers, à ce stade, un « métier complémentaire ». C'est pourquoi, un dispositif de développement de compétence ciblé nous paraît indiqué pour permettre aux collaborateurs engagés d'assumer la fonction selon les normes définies par l'institution.

Ces dispositifs devraient prendre en compte deux dimensions, soit les processus de travail et les situations de travail.

Sur la base des données recueillies et interprétées, nous postulons également que les processus de travail autour desquels organiser des actions formatives spécifiques sont :

- le travail de trajectoire (système, étapes-clé et modalités de gestion)
- le travail d'articulation des trajectoires multiples
- la prévention et la gestion des désarticulations
- la construction de visions communes :
- la négociation en termes de construction d'accords, en présence et en l'absence de différents

Tandis que les situations de travail prioritaires autour desquelles organiser des actions formatives spécifiques en lien avec les processus susmentionnés sont:

- les interventions auprès du client dédiées à la définition / re-définition du projet de prise en charge
- les colloques « référent-auxiliaires »
- les réunions de réseau

Une réflexion sur des aménagements de l'organisation du travail, aussi bien que de l'organisation des équipes semble également indiquée, afin ne pas reporter sur le développement des compétences la charge, impossible à assumer, de résoudre l'ensemble des problématiques liées à la gestion des trajectoires.

**Bibliographie :**

Baszanger, I. (1992). Les chantiers d'un interactionnisme américain. In Strauss A. (1992). *La trame de la négociation*, Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. Paris : L'Harmattan.

Fillietaz, L. (2004). Négociation, textualisation et action. La notion de négociation dans le « modèle genevois » de l'organisation du discours. In M. Grosjean & L. Mondada (Ed), *La négociation au travail* (pp 69-96). Lyon : Presses universitaires de Lyon.

Grosjean, M. (2004). Le mistigri de la négociation. In M. Grosjean & L. Mondada (Ed), *La négociation au travail* (pp 121-150). Lyon : Presses universitaires de Lyon.

Grosjean, M. & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective*. Paris : Presses universitaires de France.

OMSV, (1992). *Conception de prise en charge*. Lausanne : Organisme médico-social vaudois.

Saint-Georges, I. (2008). Les trajectoires situées d'apprentissage. In L. Fillietaz, I. de Saint-Georges & B. Duc (Ed) *Vos mains sont intelligentes !*», *Interactions en formation professionnelle initiale* (pp 159-194). Université de Genève : Cahiers de la section des sciences de l'éducation.

Strauss A. (1992). *La trame de la négociation*, Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. Paris : L'Harmattan.