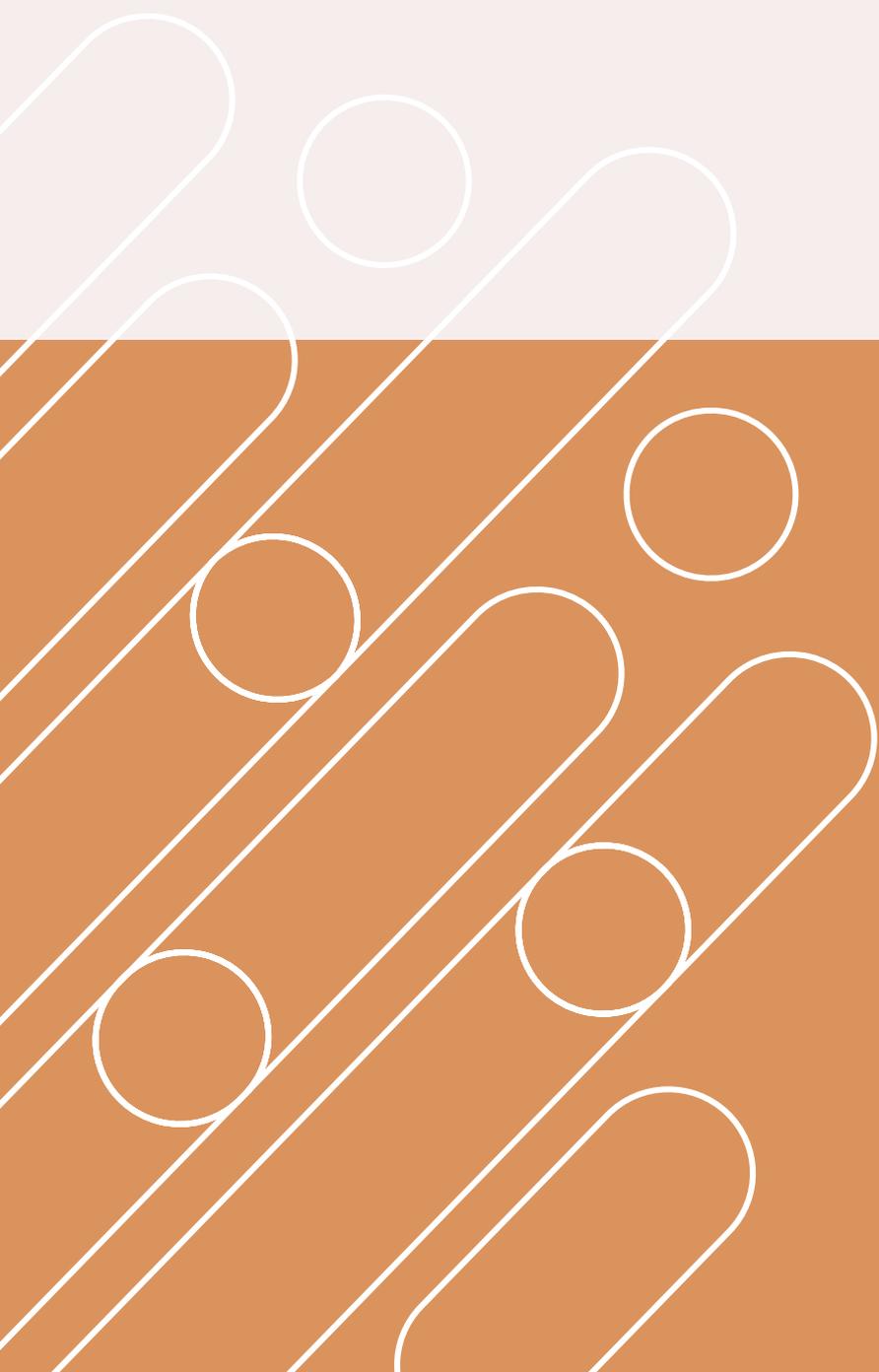


# Évolution du métier des auxiliaires de vie en lien avec l'utilisation d'un outil numérique de télésurveillance



Étude réalisée avec le soutien de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et ses partenaires, dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2021 « Usages des technologies numériques dans le champ de la santé, de l'autonomie (handicap & dépendance) et de l'accès au droit », axe 1 « Transformation de l'action publique : des nouvelles technologies aux nouvelles approches ? »

# Évolution du métier des auxiliaires de vie en lien avec l'utilisation d'un outil numérique de télésurveillance

## *Réalisation*

*ORS Bretagne : Sarah BENMARHIA, Marie FONTAINE et Dr Isabelle TRON*

*FNORS : Lise TROTTEY, Vanessa LAURENT*

*OR2S : Frédéric IMBERT*

*ORS Centre-Val de Loire : Céline LECLERC, Céline CHOLLET*

*ORS Île-de-France – Institut Paris région : Christine CANET*

*ORS Pays de la Loire : Clara GALLAND, Laurence GIRARD*

*Avec l'expertise scientifique de Monsieur Bernard Ennuyer, sociologue au Centre de recherches des Cordeliers à l'université de Paris Cité (équipe d'accueil ETRES)*

# SOMMAIRE

<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>I- Contexte et état des connaissances .....</b>	<b>5</b>
1. Le secteur du maintien à domicile de plus en plus tendu .....	5
2. Numérique en santé et gérontechnologies .....	6
3. « ONIA » - Un outil de télésurveillance médicale à destination des personnes âgées.....	7
<b>II- Questionnements et objectifs .....</b>	<b>8</b>
<b>Méthodologie .....</b>	<b>9</b>
<b>I- Recherche bibliographique .....</b>	<b>9</b>
<b>II- Territoires d'études .....</b>	<b>10</b>
<b>III- L'enquête qualitative .....</b>	<b>11</b>
1. Les outils .....	11
• Une grille de prise de contact .....	11
• Une grille d'observation .....	12
• Des guides d'entretien .....	12
2. L'observation participante .....	14
3. Les entretiens .....	14
4. Population d'étude.....	15
5. Le traitement des données .....	16
<b>IV- Suivi du projet et calendrier .....</b>	<b>16</b>
<b>Résultats .....</b>	<b>19</b>
<b>PARTIE 1 Le métier d'auxiliaire de vie .....</b>	<b>19</b>
<b>I- Les missions de l'auxiliaire de vie .....</b>	<b>19</b>
1. Le métier d'auxiliaire de vie.....	19
2. Évaluation des besoins et organisation du planning .....	19
3. Tâches réalisées et durée des interventions des auxiliaires de vie .....	20
4. Marges de manœuvre/adaptation des auxiliaires de vie dans l'organisation des tâches effectuées	22
5. Repérage d'une dégradation de l'état de santé (en dehors de l'utilisation d'ONIA) .....	23
<b>II- Relations professionnelles de l'auxiliaire de vie.....</b>	<b>25</b>
1. Relations entre auxiliaires de vie .....	25
2. Relations entre les auxiliaires de vie et les personnes âgées et leurs proches aidants.....	26
<b>III- Perception du métier et représentations sociales.....</b>	<b>27</b>



<b>PARTIE 2 ONIA, déploiement et mise en œuvre .....</b>	<b>29</b>
<b>I- L'introduction du projet ONIA au sein des structures d'accompagnement des personnes âgées à domicile .....</b>	<b>29</b>
<b>II- Montage du projet et déploiement de l'outil.....</b>	<b>29</b>
<b>III- Présentation du projet aux différents acteurs impliqués .....</b>	<b>31</b>
1. Présentation et formation des coordinateurs au tableau de bord .....	31
2. Présentation et formation des auxiliaires de vie à l'application .....	32
3. Présentation aux personnes âgées et aidants/recueil des consentements .....	33
<b>IV- Objectif perçu d'ONIA par les auxiliaires de vie .....</b>	<b>34</b>
<b>V- Utilisation de l'application .....</b>	<b>34</b>
1. Fonctionnement de l'application .....	34
2. Fréquence d'utilisation pour remplir l'application ONIA - consignes d'utilisation et coordination .	35
3. Moment et contexte d'utilisation.....	35
<b>VI- Utilisation du tableau de bord.....</b>	<b>36</b>
1. Le fonctionnement et l'utilisation du tableau de bord .....	36
2. L'interprétation des indicateurs.....	38
3. La prise de décision en cas d'alerte .....	38
<b>VII- Les relations entre chaque acteur dans le cadre de l'utilisation d'ONIA.....</b>	<b>39</b>
1. Relations professionnelles dans le cadre d'ONIA.....	39
2. Circuit de l'information, informations données à l'auxiliaire de vie sur les décisions prises en cas d'alerte .....	39
<b>VIII- Limites rencontrées dans la mise en place ou l'utilisation d'ONIA et perspectives d'évolution .....</b>	<b>40</b>
1. Problèmes techniques.....	40
2. Problème d'implication des acteurs.....	41
3. Nature et formulation des questions .....	41
4. Évolutions de l'application - propositions d'amélioration.....	43
<b>IX- Synthèse : Réception du projet par l'auxiliaire de vie – typologie .....</b>	<b>44</b>
<b>PARTIE 3 Impact du numérique dans le métier d'accompagnement à domicile .....</b>	<b>49</b>
<b>I- Impacts d'ONIA sur le métier de l'auxiliaire de vie.....</b>	<b>49</b>
1. Impact d'ONIA sur l'organisation du travail, les missions ou la charge de travail de l'auxiliaire de vie .....	49
2. Impact d'ONIA dans leurs pratiques (prévention, repérage d'une dégradation d'un état de santé, etc.) .....	51



3. Impact dans les relations entre auxiliaires de vie.....	52
4. Impact d'ONIA dans les relations professionnelles des auxiliaires de vie (coordinateurs, médecins, etc.) .....	53
5. Impact dans les relations avec les personnes âgées et proches aidants .....	53
6. Impact d'ONIA sur les perceptions, représentations sociales du métier d'auxiliaire de vie.....	54
<b>II- Impacts des autres applications numériques sur le métier de l'auxiliaire de vie.....</b>	<b>55</b>
1. L'utilisation du numérique avant ONIA .....	55
2. Impacts des autres applications numériques sur le métier de l'auxiliaire de vie .....	56
<b>Conclusion .....</b>	<b>58</b>
I- Synthèse .....	58
II- Préconisations.....	60
III- Perspectives d'ouvertures .....	61
<b>Bibliographie.....</b>	<b>63</b>
<b>Glossaire des sigles.....</b>	<b>66</b>
<b>Table des figures et tableaux.....</b>	<b>68</b>



# Introduction

## I- Contexte et état des connaissances

### 1. Le secteur du maintien à domicile de plus en plus tendu

L'accélération du vieillissement de la population constitue un des enjeux contemporains majeurs. En France à partir de 2025, l'arrivée au grand âge des générations du babyboom va contribuer à la croissance de la population de personnes âgées de 80 ans et plus : « *La part des 80 ans et plus dans la population totale passe de 6 % en 2015 à 9 % à l'horizon 2035, et à 12 % à l'horizon 2055, soit le double en 40 ans* » (HCFEA, 2017). Les Français vivent de plus en plus longtemps et depuis 2008, l'espérance de vie à la naissance sans incapacité augmente elle aussi (Deroyon, 2023).

Le vieillissement de la population contribue à une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques (Carcaillon-Bentata *et al.*, 2022) et les dépenses de soins sont plus importantes pour les personnes âgées de 80 ans (Petit & Malki, 2019). En 2018, 40 % des personnes âgées de 80 ans et plus ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année, soit un taux deux fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population française (19 %, tous âges confondus). L'entrée par le service des urgences est aussi plus courante parmi les 80 ans et plus : 43 % des hospitalisations de MCO sont précédées d'un passage dans un service d'urgence, contre 26 % en population générale. La sortie de séjour de MCO se traduit, pour la plupart (71 %), par un retour au domicile, y compris dans les établissements médico-sociaux (ATIH, 2018).

Les venues aux services d'urgence ne relèvent pas systématiquement d'une urgence vitale ; aussi, une optimisation du parcours de soins pourrait permettre de mettre en place des alternatives (Gasperini *et al.*, 2017). Par ailleurs, la décompensation de maladies chroniques est l'une des causes fréquentes de recours aux urgences. Alors qu'elles s'instaurent fréquemment de façon progressive, la sévérité des décompensations et les hospitalisations liées pourraient être réduites par une prise en charge précoce.

Par ailleurs, une étude montre que plus de 85% des Français souhaitent vieillir à domicile (Sociovision & Ifop, 2019). « *Cette aspiration massive à continuer à vivre à domicile et dans son environnement habituel est déjà une réalité pour 90 % des personnes âgées de 75 ans et plus. [...] Et tout indique que cette tendance va se renforcer dans les prochaines années notamment avec l'arrivée au grand âge des baby-boomers plus attachés à leur autonomie, à leur bien-être et à leur liberté de choix.* » (Petit & Malki, 2019). Parallèlement, l'entrée en établissement médicalisé (EHPAD, EHPA, ESLD, PUV) se fait de plus en plus tardivement, 85 ans et 2 mois en moyenne (Muller, 2017). Ainsi, ces derniers doivent recentrer leurs missions sur la prise en charge de situations de dépendance lourde, voire à la fin de vie tandis que les services de maintien à domicile se voient attribuer une population de bénéficiaires de plus en plus large. On observe ainsi une transformation de l'organisation des services de soins et d'aide à la personne avec le développement important des services à domicile.

Face au vieillissement de la société, une loi a été promulguée le 28 décembre 2015, axée sur l'amélioration du quotidien des personnes âgées et de leur entourage, elle vise à mobiliser l'ensemble des politiques publiques (Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, 2015). Elle a notamment pour objectif de permettre aux personnes âgées d'anticiper et de mieux repérer les premiers facteurs de risque de perte d'autonomie, afin de les combattre et de

leur assurer un accompagnement de qualité aussi bien à domicile qu'en établissement. La loi du 7 août 2020 relative à la dette et à l'autonomie a, quant à elle, créé un nouveau risque et une nouvelle branche de la sécurité sociale consacrés à l'autonomie, dont la gestion est assurée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, 2020).

Les politiques mises en œuvre visent à favoriser le maintien à domicile et le soutien de l'autonomie des personnes âgées. Dans ce contexte, les services d'aide à domicile sont donc plus que jamais concernés pour assurer le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et se sont considérablement développés au cours des dernières années. Les professionnels du service à domicile connaissent des conditions de travail difficiles avec le morcellement du temps de travail sur l'ensemble de la journée, des trajets en voiture parfois difficiles, surtout en milieu rural. Avec l'essor du maintien à domicile, secteur de plus en plus tendu, elles se sont dégradées avec notamment l'accroissement du niveau de dépendance des personnes aidées et la pression de la famille du bénéficiaire (Dussin, 2017).

De ce fait, l'attractivité pour ce secteur est faible en raison des conditions de travail (Angier *et al.*, 2015) : travail à temps partiel très fréquent et subi, faibles perspectives de carrière, rémunération modeste, pénibilité du métier (physique, psychologique, fortes contraintes de travail le soir, le week-end et les jours fériés). Les taux moyens d'absentéisme des SPASAD et des SSIAD sont parmi les plus élevés des établissements médico-sociaux (environ 10 %), où les taux d'absentéisme pour accident du travail et maladie professionnelle sont les plus importants (ANAP, 2018). Le nombre d'étudiants dans cette filière ne cesse de diminuer (Yankan, 2020) : les effectifs ont été divisés par quatre entre 2010 et 2018, passant de 6 000 à 1 500.

Les métiers du secteur des services à domicile souffrent également d'une faible valorisation sociale et sont souvent assimilés à des emplois peu à pas qualifiés. Par ailleurs, très fortement féminisés, ils sont encore assimilés, dans les représentations collectives, aux prestations gratuites de la sphère domestique traditionnellement réalisées par les épouses et les mères, ou encore à la fonction caritative de l'hôpital et sont donc aujourd'hui pour la plupart mal identifiés, ce qui contribue largement à leur dévalorisation (CESE, 2020). Le service à domicile auprès de personnes vulnérables, souvent en risque de perte d'autonomie, va au-delà de l'exécution de tâches domestiques. L'aide apportée comporte une composante médico-sociale et nécessite une capacité d'appréciation de la situation des personnes, afin d'en adapter l'accompagnement.

## 2. Numérique en santé et gérontechnologies

Dans le contexte de la *silver* économie et pour faire face aux enjeux des transitions démographiques et épidémiologiques et aux difficultés rencontrées par le secteur du maintien à domicile, les outils numériques constituent, pour les pouvoirs publics, un appui pour accompagner les personnes âgées à domicile, soutenir leur autonomie et assurer une surveillance régulière de leur état de santé.

Les gérontechnologies se sont ainsi considérablement développées. Ces dernières regroupent un ensemble de solutions techniques pour les personnes âgées et leurs aidants destinées à faciliter leur vie quotidienne, leur maintien à domicile, leur mobilité, leur santé, leur sécurité, leurs loisirs, leur communication, *etc.* À titre d'exemple, on peut citer la téléassistance, les fauteuils monte-escalier, les téléphones à très grosses touches *etc.* Parmi elles, les dispositifs médicaux numériques (DMN) de télésurveillance, qui peuvent être utilisés par les professionnels de santé pour surveiller les patients à distance, se sont beaucoup développés.



L'essor de la télésurveillance entraîne de multiples transformations aux niveaux micro et méso : autour du soin et de la prise en charge des patients, sur l'organisation de la pratique médicale, autour de la coordination des acteurs de la santé et l'intégration de nouveaux acteurs.

La loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) définit le mot télémédecine comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* » (Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, 2009). Depuis 2011, elle fait l'objet de plusieurs stratégies nationales de déploiement (Simon, 2017). L'offre de service en télémédecine ne cesse de se développer et couvre de nombreux domaines contribuant à favoriser l'accès aux soins des populations.

En application de la loi HPST, le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, définit les différents actes médicaux qui s'y rattachent, dont la télésurveillance médicale. Celle-ci « *a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé* ». Les applications de télésurveillance sont nombreuses et permettent de suivre à domicile les patients : suivi des maladies chroniques, soins aux personnes âgées, etc.

La télésurveillance repose sur la coordination de plusieurs types d'acteurs autour du patient et suit une chaîne organisationnelle entre le fournisseur de la solution technique, les professionnels en charge du recueil des informations, ceux effectuant la télésurveillance médicale et enfin les professionnels assurant l'accompagnement thérapeutique auprès du patient. Par cette remontée régulière des données, des systèmes d'alerte permettent aux professionnels de santé d'intervenir au plus tôt.

### 3. « ONIA »<sup>1</sup> - Un outil de télésurveillance médicale à destination des personnes âgées

ONIA<sup>1</sup> est un dispositif de télésurveillance médicale utilisant l'intelligence artificielle afin d'anticiper l'évolution de l'état de santé et lutter contre les hospitalisations évitables (Veyron *et al.*, 2020).

La collecte des informations sur les éléments fonctionnels de la vie quotidienne de la personne aidée se fait à partir d'un questionnaire disponible via une application sur smartphone. Le questionnaire peut être renseigné par toute personne, sans connaissance médicale : les questions reposent sur l'observation de la mobilité, de la nutrition, des fonctions sensorielles et cognitives et de l'état psychosocial.

Selon les concepteurs, à partir des informations ainsi collectées, des algorithmes sont appliqués et permettent d'identifier les personnes présentant un risque d'hospitalisation dans les 7 à 14 jours à venir, ainsi que d'avoir des informations cliniques sur les risques gériatriques. Un tableau de bord permet de suivre l'évolution de divers indicateurs sur l'état de santé des personnes suivies par le dispositif et de générer des alertes en cas de risque d'hospitalisation.

Lorsque l'outil génère une alerte pour un risque d'hospitalisation, le médecin traitant (ou tout autre acteur de santé concerné) est informé afin de définir les actions à mettre en place. Les proches

---

<sup>1</sup> ONIA ou « Outil Numérique d'intelligence artificielle » est un nom fictif créé dans le cadre de cette étude pour préserver l'anonymat de l'outil numérique sur lequel repose cette recherche.



reçoivent des recommandations ciblées et des conseils thérapeutiques, afin de limiter la dégradation de l'état de santé de la personne aidée.

Le déploiement sur le terrain du dispositif ONIA repose sur la mobilisation et la coordination de multiples acteurs du champ de la santé, du médico-social et du social. En particulier, les auxiliaires de vie, acteurs clefs du champ de l'accompagnement à domicile, sont sollicités pour renseigner les informations dans l'application ONIA.

## II- Questionnements et objectifs

L'objectif général de cette étude est de mesurer l'impact du déploiement de l'outil de télésurveillance ONIA sur l'organisation et les pratiques professionnelles des auxiliaires de vie<sup>2</sup>.

L'étude a pour objectifs spécifiques de :

- Mesurer l'impact de l'inclusion dans un dispositif de télésurveillance sur l'organisation quotidienne du travail des auxiliaires de vie ;
- Étudier en quoi l'implication des auxiliaires de vie dans ce dispositif contribue à l'évolution de leurs missions dans l'accompagnement et le parcours de soins des personnes âgées ;
- Identifier les modifications potentielles de la perception que les auxiliaires de vie peuvent avoir de leur propre métier et de leur propre identité professionnelle.

Cette étude s'intéresse aux évolutions organisationnelles liées au déploiement d'une technologie numérique de surveillance médicale en identifiant les évolutions sur le métier des auxiliaires de vie, que ce soit au regard de leur champ d'action ou dans leurs relations avec les autres professionnels de la prise en charge des services et du soin, ou encore dans l'acceptation sociale de l'outil numérique, tant pour eux que pour les personnes âgées.

L'étude prend principalement appui sur les déclarations des auxiliaires de vie en tant qu'acteurs clés dans le déploiement de l'application ONIA sur le terrain et dans l'accompagnement quasi quotidien des personnes âgées à domicile, en situation de perte d'autonomie et de dépendance importante. Elle s'appuie également sur les usagers ou aidants familiaux, ainsi que les acteurs du pilotage et de la coordination du dispositif, pour une mise en perspective de l'approche réalisée auprès des auxiliaires de vie.

L'inclusion des auxiliaires de vie dans ce dispositif de télésurveillance peut contribuer à faire évoluer leur mission d'accompagnement des personnes âgées à domicile ou leurs pratiques quotidiennes. En effet, au-delà des considérations autour de leur environnement de travail, leur participation active à la télésurveillance n'est pas sans effet sur l'organisation quotidienne de leur travail avec des contraintes plus ou moins importantes, selon le niveau de dépendance des personnes accompagnées.

Quels sont les impacts sur leurs conditions de travail et sur leurs motivations ? L'outil numérique peut-il favoriser leur intégration et leur considération dans le suivi médical des personnes âgées à domicile ?

---

<sup>2</sup> Il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation de l'efficacité et de l'utilité de l'outil ou de sa capacité à éviter des hospitalisations.



# Méthodologie

La méthodologie proposée pour répondre aux objectifs de cette étude s'inscrit dans une approche qualitative basée sur la réalisation d'observations participantes et d'entretiens semi-directifs, individuels et collectifs, auprès des différents acteurs mobilisés dans l'utilisation de cet outil de télésurveillance, déployé dans le secteur de l'aide à domicile.

## I- Recherche bibliographique

Afin de participer aux réflexions préalables à la construction des supports méthodologiques (grille d'observation et guides d'entretien) et de disposer d'un cadrage théorique pour l'analyse des résultats de l'enquête, une recherche bibliographique a été engagée au début du projet. Les ORS Île-de-France et Pays de la Loire ont été mobilisés pour ces recherches. La recherche bibliographique, réalisée par deux documentalistes, s'est orientée autour de trois axes :

- Axe 1 : le métier et l'identité professionnelle des auxiliaires de vie ;
- Axe 2 : l'environnement professionnel des auxiliaires de vie et les interactions avec les autres acteurs de l'accompagnement à domicile et du suivi du soin des personnes âgées ;
- Axe 3 : la télésurveillance médicale et l'organisation du travail des professionnels associés.

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques a reposé sur l'utilisation de termes issus de thésaurus des sites de recherche, ou de termes libres (du titre ou du résumé).

Les mots clés suivants ont été utilisés :

- Auxiliaire de vie sociale
  - o Synonymes : aide à domicile, assistante de vie, auxiliaire familiale, AVS, auxiliaire de vie
- Personne âgée
  - o Synonymes : grand âge, vieillissement
- SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile
- Gérontechnologie
  - o Synonymes : innovation, technologie, technologie numérique, technologie de l'information et de la communication, télésurveillance médicale, télé alarme

Ils ont été employés seuls ou de manière combinée, notamment avec des termes permettant d'écartier les prises en charge en établissement et par les aidants familiaux. Une sélection des études publiées après 2010 a également été réalisée.

Les sources documentaires suivantes ont ainsi été exploitées :

- Le réseau national de professionnels de la documentation exerçant dans le secteur des sciences sociales et de l'action sociale : Prisme (<https://www.documentation-sociale.org/prisme/>),
- La plateforme de recherche permettant l'accès aux données numériques des sciences humaines et sociales : Isidore (<http://www.rechercheisidore.fr>),
- Le portail de revues en sciences humaines et sociales : Persée (<http://www.persee.fr/web/guest/home>),
- Le portail de publications de sciences humaines et sociales : Cairn.info ([www.cairn.info](http://www.cairn.info))



- Le portail documentaire en santé, IREPS et ORS des Pays de la Loire (<http://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr>),
- Le service documentation de l'EHESP (<https://documentation.ehesp.fr>),
- DocCISMeF, l'outil de recherche en santé du CHU de Rouen (<http://doccismef.chu-rouen.fr/dc>)

Cette recherche a permis d'identifier 120 références pour l'axe 1, 48 pour l'axe 2 et 52 pour l'axe 3, ainsi qu'une référence clé portant sur l'ensemble du champ de l'étude.

Les premières lectures et des échanges entre les documentalistes et les chargés d'études ont ensuite permis d'affiner ces résultats.

## II- Territoires d'études

Lors de la préparation du projet, quatre territoires d'étude ont été sélectionnés sur des critères liés à l'implantation de l'outil et aux compétences dont disposent les ORS pouvant être mobilisés pour mener les entretiens sur les territoires ciblés. Le créateur de l'application ONIA a été sollicité dans cette phase de sélection des terrains afin d'identifier des territoires ayant une utilisation active de l'outil.

### Définition des termes utilisés<sup>3</sup>

**Porteur du projet** : Financier ayant souscrit au service

**Coordinateur** : Professionnel assurant le suivi de l'état de santé des personnes suivies par le dispositif avec un accès au tableau de bord des indicateurs

**Collecteur** : Professionnel ou structure responsable des utilisateurs qui renseignent des données de suivi de l'état de santé dans l'application

Pour préserver l'anonymat des structures, un nom fictif a été attribué à chacune d'entre elles (cf. Tableau 1 - Territoires de l'étude, p.11). Sur le territoire A, deux terrains ont été intégrés dans l'étude. Ces derniers correspondent à des structures de type « **collecteur** » distinctes qui sont gérées par le même « **coordinateur** ». C'est le cas également pour le territoire C, dans lequel deux terrains ont été sélectionnés, géré par le même « **coordinateur** ».

---

<sup>3</sup> Dans la suite du rapport, lorsque ces termes seront utilisés en faisant référence à ces définitions, ils seront entourés de guillemets et avec le style suivant : « **Porteur du projet** », « **Coordinateur** », « **Collecteur** ».



Nom fictif du terrain	Territoire	Porteur du projet	Coordinateur	Nature	Collecteur
A-1	A	A	1	SAAD	1
A-2					2
B-1	B	B	1	SPASAD	1
C-1	C	C	1	SAAD	1
C-2				SAAD privé	2
D-1	D	D	1	SAAD	1

**Tableau 1 - Territoires de l'étude**

Initialement, le projet devait être mené sur les 4 terrains suivants : A-1, B-1, C-1 et D-1. Mais lors de la prise de contacts avec les structures, il s'est avéré que le dispositif n'était pas encore effectif sur le terrain D-1 au moment du lancement de la recherche. Pour pallier l'absence de ce terrain, il a été convenu d'étendre le terrain A et le terrain C et de solliciter pour chacun, une seconde structure engagée dans le projet : A-2 et C-2. De par leurs caractéristiques (statut, durée d'expérimentation...), ces nouveaux terrains ont permis d'élargir le périmètre de recherche. Finalement, cette étude s'est concentrée sur 5 terrains ayant des profils différents : A-1, A-2, B-1, C-1 et C-2.

#### Profils des terrains :

- A-1 : territoire rural, dans un SAAD porté par une association, coordonné par un établissement de santé public, la structure déploie l'outil sur un périmètre regroupant 10 communes
- A-2 : territoire rural, dans un SAAD porté par une association, coordonné par un établissement de santé public, la structure déploie l'outil sur un périmètre regroupant 5 communes
- B-1 : territoire périurbain, dans un SPASAD porté par une association
- C-1 : territoire urbain, dans un SAAD porté par un CCAS
- C-2 : territoire urbain, dans un SAAD porté par une structure privée

La mise en œuvre de l'enquête qualitative a été réalisée par deux des quatre observatoires régionaux de la santé impliqués dans le projet. L'OR2S a effectué l'enquête qualitative sur les terrains C-1 et C-2 et l'ORS Bretagne sur les terrains A-1, A-2 et B-1.

## III- L'enquête qualitative

### 1. Les outils

Afin de s'assurer d'une collecte la plus homogène possible entre les équipes des deux régions, des outils ont été créés et validés par le comité de pilotage du projet.

#### Une grille de prise de contact

Une grille d'entretien téléphonique partagée a été créée afin d'identifier les différents niveaux de contact et de suivre collectivement les contacts pris avec les « porteurs du projet », « coordinateurs »



et « **collecteurs** » de l'outil numérique (cf. Annexe 2- La grille de prise de contact, p.71). Lors des échanges téléphoniques, pour mieux appréhender chacun des sites, des informations ont été récoltées afin d'obtenir des renseignements sur le fonctionnement de la structure et le déploiement de l'outil et ainsi préparer le terrain : nombre de places du SAAD ou SPASAD, nombre d'auxiliaires de vie, nombre d'auxiliaires utilisant l'outil, critères d'éligibilité à l'outil, nombre d'utilisateurs éligibles pour être suivis par l'outil, nombre d'utilisateurs suivis par l'outil, nombre de « **coordinateurs** » et « **collecteurs** ».

Le recrutement des auxiliaires de vie, des usagers et des aidants s'est effectué *via* les structures qui emploient des auxiliaires de vie. Les « **porteurs du projet** » et « **coordinateurs** » ont été contactés directement par les ORS après avoir obtenu leurs noms et/ou coordonnées par le créateur de l'outil numérique. Les prises de contact ont été plus ou moins longues selon les territoires et dépendaient de l'organisation interne de la structure et du nombre d'interlocuteurs mobilisés dans le cadre du projet.

En effet, d'un territoire l'autre, les dynamiques étaient variables tant au niveau du portage qu'au niveau opérationnel, entraînant une hétérogénéité des acteurs en charge du suivi régulier des personnes âgées à domicile (cf. Partie 2 -II- Montage du projet et déploiement de l'outil, p.29). Ainsi, selon les organisations, différents profils d'acteurs étaient associés, allant des porteurs du projet, aux professionnels mobilisés pour la coordination du dispositif et secrétaires des structures employant les aides à domicile, aux auxiliaires de vie<sup>4</sup> impliquées dans la collecte des données, en passant par les usagers et les aidants familiaux. Parmi ces professionnels, les missions et attributions de chacun dans le projet différaient, rendant variable leur degré d'implication.

## 📌 Une grille d'observation

Pour mener les observations de façon standardisée sur chacun des terrains, une grille d'observation a été élaborée et partagée collectivement (cf. Annexe 3 – La grille d'observation, p.72). Réalisées en premier lieu, ces observations avaient pour objectifs d'améliorer la connaissance globale du terrain et du métier, d'obtenir des éléments d'analyse non-déclaratifs pour affiner les guides d'entretien et compléter les éléments recueillis lors des entretiens. Celle-ci porte sur les points clés suivants :

- Modalités d'organisation du travail ;
- Pratiques et missions à accomplir ;
- Interactions avec les personnes aidées ;
- Modalités d'utilisation et de mise en œuvre de l'outil ONIA ;
- Liens avec les différents acteurs des services d'aide à domicile.

## 📌 Des guides d'entretien

Le déploiement du dispositif ONIA repose sur l'articulation de cinq catégories d'acteurs :

- Les acteurs assurant le portage du projet : les « **porteurs du projet** » ;
- Les acteurs en charge du pilotage et de la coordination : les « **coordinateurs** » ;
- Les auxiliaires de vie intervenant au domicile des personnes âgées : les « **collecteurs** » ;
- Les personnes âgées ;
- Les proches aidants ou représentants ;

---

<sup>4</sup> Dans la suite du rapport, il a été convenu d'employer le féminin pour désigner les auxiliaires de vie afin de faciliter la lecture.



Ainsi, quatre guides d'entretien ont été produits : deux guides pour les auxiliaires de vie (utilisatrices et non utilisatrices de l'outil de télésurveillance ONIA), un guide pour les aidants/personnes âgées, et un guide pour les « coordinateurs » et « porteurs » du dispositif. L'objectif pour chacun d'eux, était de récolter des éléments d'analyse répondant aux différents objectifs de l'étude et de recueillir le point de vue de chaque acteur sur le dispositif et l'impact de celui-ci sur le métier d'auxiliaire de vie.

### → Auxiliaires de vie

L'identification de difficultés liées au déploiement de l'outil sur certains territoires a conduit les ORS à revoir les critères d'inclusion et à recruter quelques auxiliaires de vie qui n'utilisaient pas l'outil afin d'obtenir des éléments sur les raisons de leur refus. Ce guide (cf. Annexe 4 – Guide d'entretien auprès des auxiliaires de vie utilisateurs d'ONIA, p. 75) a donc été adapté pour assurer les quelques entretiens auprès d'auxiliaires de vie non utilisatrices d'ONIA (cf. Annexe 5 - Guide d'entretien auprès des auxiliaires de vie non utilisatrices d'ONIA, p.80). Il porte sur les points suivants :

- Présentation de l'enquête ;
- Modalités d'organisation du travail ;
- Accompagnement des personnes âgées à domicile en dehors de l'outil ONIA ;
- Connaissances autour du dispositif et réception du projet : présentation, formation, adhésion, etc. ;
- Modalités d'intégration au dispositif : présentation, formation, adhésion, etc. (*Utilisateurs uniquement*) ;
- Utilisation de l'application : fonctionnement, fréquence et modalités d'utilisation, difficultés rencontrées, circuit de l'information, etc. (*Utilisateurs uniquement*) ;
- Perception globale du dispositif : objectifs, intérêt, impact sur les personnes âgées, impact sur les pratiques professionnelles, etc. ;
- Relations avec les acteurs de l'aide à domicile (professionnels et aidants familiaux) ;
- Perception de l'évolution de leur métier.

### → Personnes âgées/aidants

Le guide d'entretien (cf. Annexe 7 – Guide d'entretien auprès des personnes accompagnées et de leurs proches aidants, p.89) créé pour les usagers et leurs proches aidants porte sur les points suivants :

- Présentation de l'enquêté/des enquêtés ;
- Motivations d'intégration dans le dispositif : présentation, adhésion, etc. ;
- Utilisation de l'application : fonctionnement, fréquence et modalités d'utilisation, difficultés rencontrées, circuit de l'information, etc. ;
- Impact du dispositif ONIA sur leur perception du métier et leur relation avec l'auxiliaire de vie.

### → Coordinateurs et porteurs

En plus des objectifs précités, transversaux à chaque guide d'entretien, celui élaboré pour les « porteurs » et les « coordinateurs » du projet (cf. Annexe 6 – Guide d'entretien auprès des coordinateurs ou porteurs du projet, p.84) avait également pour objectifs de comprendre la genèse du projet, l'objectif de l'outil numérique déployé sur leur territoire, les changements que cet outil a pu



potentiellement engendrer sur leurs pratiques professionnelles, le rôle de chacun des acteurs mobilisés dans le projet, la façon dont les relations entre ces derniers se structurent, le circuit de l'information et le traitement des données. Le guide porte ainsi sur les points suivants :

- Présentation de l'enquêté ;
- Genèse et mise en place de l'outil ;
- Fonctionnement et utilisation du tableau de bord par les coordinateurs ;
- Retour d'expérience des coordinateurs et des porteurs ;
- Implication et intégration des usagers dans le dispositif ;
- Utilisation de l'application ONIA par les auxiliaires de vie ;
- Retour d'expérience des auxiliaires de vie ;
- Perception de l'évolution du métier des auxiliaires de vie.

## 2. L'observation participante

Quatre observations participantes ont été réalisées sur chacun des territoires. L'observation a eu lieu sur une journée lors de laquelle un enquêteur suivait une auxiliaire de vie au cours de ses diverses interventions chez les personnes âgées. En complément des éléments préalablement définis dans la grille d'observation (cf. Annexe 3 – La grille d'observation, p. 72), des questions ont pu être posées aux auxiliaires de vie suivies ou aux personnes âgées rencontrées. Cette méthodologie a permis de mieux appréhender le métier d'auxiliaire de vie et le contexte dans lequel il s'effectuait, mais aussi et surtout de récolter des données non déclaratives, utiles pour compléter ou infirmer les propos tenus par les enquêtés lors des entretiens.

## 3. Les entretiens

Initialement, pour chacun des quatre terrains<sup>5</sup>, il était prévu :

- 1 à 2 entretiens avec des personnes en charge de la coordination du projet : « **les coordinateurs** » ;
- 5 entretiens d'auxiliaires de vie ;
- 4 entretiens d'un binôme aidant/personne âgée ;
- 1 entretien avec le « **porteur du projet** ».

Finalement, 36 entretiens ont pu être effectués sur les 44 prévus initialement (cf. Tableau 2 - État des entretiens réalisés, p. 15). Des difficultés liées au déploiement de l'outil sur certains territoires et aux contraintes organisationnelles rencontrées par certaines structures, ont impacté le recrutement de certains enquêtés, des auxiliaires de vie et principalement des usagers et leurs aidants.

Les entretiens réalisés ont duré entre 1h et 2h, quel que soit le type d'acteur rencontré. Ils ont été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité, avec l'accord des personnes interrogées. La retranscription a été anonymisée, les noms des personnes, la commune et le nom des autres acteurs cités ont été renommés.

---

<sup>5</sup> Au départ, l'étude devait se concentrer sur quatre territoires dans lesquels était désigné pour chacun d'eux un terrain d'étude, mais finalement, compte tenu du niveau de déploiement de l'outil dans l'un de ces territoires, nous nous sommes intéressés à cinq terrains répartis sur trois territoires (cf. Méthodologie -III- 4. Population d'étude, p.15).



Terrain	Porteur du projet	Coordinateur du projet		Auxiliaire de vie	Aidant/aidé
A-1	Réalisé <i>1 entretien auprès du porteur de projet</i>	Réalisé <i>1 entretien collectif auprès de 2 infirmiers coordinateurs</i>	Réalisés <i>1 infirmier coordinateur</i>	5 réalisés	4 réalisés
A-2			<i>1 infirmier coordinateur</i>	5 réalisés	/ <i>Faute de disponibilité des aidants, aucun entretien n'a été réalisé</i>
B-1	Réalisé <i>1 entretien collectif auprès de 2 directeurs</i>	Réalisés <i>1 entretien collectif auprès de 2 infirmiers coordinateurs</i>		5 réalisés	/ <i>Faute de disponibilité des aidants, aucun entretien n'a été réalisé</i>
C-1	Réalisé <i>1 responsable</i>	Réalisés <i>1 entretien collectif auprès de 2 infirmiers coordinateurs + 1 responsable de service de maintien à domicile (réalisé en 3 temps = 3 entretiens)</i>		4 réalisés	/ <i>Faute de disponibilité des aidants, aucun entretien n'a été réalisé</i>
C-2	Réalisés <i>1 entretien collectif auprès d'1 chargé de clientèle et d'1 directeur</i>			1 réalisé <i>Faute d'auxiliaires de vie utilisatrices d'ONIA, pas d'autres entretiens possibles</i>	<i>Faute d'utilisation actuelle d'ONIA, aucun entretien n'a été réalisé</i>
<b>Total</b>		<b>12</b>		<b>20</b>	<b>4</b>

**Tableau 2 - État des entretiens réalisés**

#### 4. Population d'étude

Des critères d'inclusion ont été préalablement définis pour déterminer le profil des auxiliaires de vie et des usagers participants à l'enquête. Dans la mesure du possible, les auxiliaires de vie devaient avoir utilisé au moins une fois l'outil numérique, mais si le terrain ne le permettait pas, il était convenu d'interroger une auxiliaire de vie ayant refusé de l'utiliser avec une adaptation du guide d'entretien. Il était prévu que les auxiliaires de vie interrogées aient des profils variés en termes d'âge et d'ancienneté. Si possible, les auxiliaires de vie ayant généré une alerte suite à un repérage d'une dégradation de l'état de santé d'un patient étaient prioritairement ciblées. Pour finir, il était souhaitable que les auxiliaires de vie qui avaient été suivies lors de l'observation participante soient également interrogées en entretien semi-directif.

Finalement, les 20 auxiliaires de vie qui ont été interrogées dans cette étude respectent les critères d'inclusion formulés au début de l'enquête. Notre panel comprend seulement 2 auxiliaires de vie non-utilisatrices de l'application et les enquêtées présentent des profils variés en termes d'ancienneté, d'âge et de diplôme (cf. Tableau 3, p.16).



Poste	Age	Ancienneté dans le métier	Contrat	Formation
Aide à domicile	34	1 an	CDI	CAP SMR + BEPA services à la personne
Aide à domicile	50	10 ans	CDI 70h/mois	BEP sanitaire et social
Auxiliaire de vie	43	22 ans	CDI 100h/mois	BEP Services à la personne + DEAVS
Auxiliaire de vie	53	31 ans	CDI 120 h/mois	DEAVS
Auxiliaire de vie	40	2 ans et demi	CDI 110h/mois puis 90	Diplôme de moniteur éducateur
Auxiliaire de vie	46	2 ans	CDI, temps plein	En cours de passation du VAE
Aide à domicile	34	6 ans	CDI, temps plein	Diplôme ASH assistant de vie
Auxiliaire de vie	53	20 ans	CDI 28h/semaine	DEAVS
Aide à domicile	44	8 ans	CDI 30h/semaine	DEAVS en VAE en cours
Auxiliaire de vie	54	24 ans	CDI	DEAVS en VAE
Auxiliaire de vie	60	26 ans	CDI 30h/semaine	DEAVS
Aide à domicile	60	22 ans	CDI 130 h/mois	Pas de diplômes
Auxiliaire de vie	58	19 ans	CDI temps plein	DEAVS
Aide à domicile	47	20 ans	CDI 130 h/mois	CAP d'employée technique de collectivités
Aide à domicile	23	4 ans	CDI 30h/semaine	Pas de diplôme
Auxiliaire de vie	21	2 ans	CDI temps plein	Bac Pro ASSP
Auxiliaire de vie	48	4 ans	CDD, temps plein	Pas de diplôme
Auxiliaire de vie	38	23 ans	CDD, temps plein	Diplôme
Auxiliaire de vie	42	7 ans	CDD, temps plein	Diplôme d'ADVF
Auxiliaire de vie		3 mois	CDD, à 80%	Pas de diplôme

**Tableau 3 - Caractéristiques des auxiliaires de vie interrogés**

Concernant les usagers, il était prévu d'interroger des personnes âgées suivies par le dispositif, avec des profils variés en termes d'âge et de dépendance et rencontrées lors de l'observation participante. Dans la mesure du possible, nous cherchions à interroger un binôme personne âgée/proche aidant, mais si ce n'était pas possible nous prévoyions d'interroger soit l'aidant seul, soit le bénéficiaire seul. Nous avons également prévu de privilégier des aidants familiaux qui renseignent et utilisent l'application ONIA mais il s'est avéré que nous n'avons pu en rencontrer aucun. Au final, les quatre binômes proche aidant/personne âgée qui ont été interrogés dans le cadre de cette étude respectent les critères d'inclusion formulés au préalable.

## 5. Le traitement des données

Les retranscriptions ont été réalisées par un prestataire externe. L'encodage et l'analyse des données ont été effectués par l'ORS Bretagne via le logiciel de traitement de données qualitatives N-Vivo.

## IV- Suivi du projet et calendrier

Un comité de pilotage a été constitué au début du projet comprenant des représentants de chaque ORS impliqué dans l'étude et un expert scientifique spécialisé du secteur de l'accompagnement à domicile. Il avait pour objectif d'assurer une vision commune des avancées du projet et d'acter des décisions nécessitant un consensus.

**L'équipe projet** est composée comme suit (cf. Tableau 4 – Composition de l'équipe projet, p.17) :



	Nom et Fonction	Rôle dans le projet
ORS Bretagne	Sarah Benmarhnia, chargée d'étude	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaboration du protocole d'étude et des outils méthodologiques</li> <li>- Relais territorial</li> <li>- Réalisation des entretiens</li> <li>- Analyse des données</li> <li>- Rédaction</li> <li>- Participation au comité de pilotage</li> </ul>
	Marie Fontaine, chargée d'étude	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaboration du protocole d'étude et des outils méthodologiques</li> <li>- Relais territorial</li> <li>- Réalisation des entretiens</li> <li>- Rédaction</li> <li>- Relectures</li> <li>- Participation au comité de pilotage</li> </ul>
	Dr Isabelle Tron, directrice	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation au comité de pilotage</li> <li>- Relectures</li> </ul>
OR2S	Léa Calmus <sup>6</sup> , chargée d'étude	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaboration du protocole d'étude et des outils méthodologiques</li> <li>- Relais territorial</li> <li>- Réalisation des entretiens</li> <li>- Participation au comité de pilotage</li> </ul>
	Marie Guerlin, chargé d'étude	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaboration du protocole d'étude et des outils méthodologiques</li> <li>- Relais territorial</li> <li>- Participation au comité de pilotage</li> </ul>
	Frédéric Imbert <sup>7</sup> , conseiller senior	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaboration du protocole d'étude et des outils méthodologiques</li> <li>- Réalisation des entretiens</li> <li>- Relectures</li> <li>- Participation au comité de pilotage</li> </ul>
	Nadège Thomas, directrice	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation au comité de pilotage</li> </ul>
	Hugo Wetzel <sup>6</sup> , chargé d'étude	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaboration du protocole d'étude et des outils méthodologiques</li> <li>- Relais territorial</li> <li>- Réalisation des entretiens</li> <li>- Participation au comité de pilotage</li> </ul>
ORS Centre-Val de Loire	Céline Leclerc, directrice	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chef de projet, coordinatrice scientifique du projet</li> <li>- Elaboration du protocole d'étude et des outils méthodologiques</li> <li>- Relectures</li> <li>- Animation du comité de pilotage</li> </ul>
	Céline Chollet, assistante de direction	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relecture</li> </ul>
ORS Île-de-France – Institut Paris région	Christine Canet, documentaliste	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherches bibliographiques</li> <li>- Participation au comité de pilotage</li> </ul>
	Dr Isabelle Grémy, Directrice	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation au comité de pilotage</li> </ul>
ORS Pays de la Loire	Dr Jean-François Buyck, directeur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation au comité de pilotage</li> </ul>
	Clara Galland, Chargée d'étude	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation au comité de pilotage</li> </ul>
	Laurence Girard, documentaliste	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherches bibliographiques</li> <li>- Participation au comité de pilotage</li> </ul>
FNORS	Lise Trottet, animatrice du réseau FNORS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation au comité de pilotage</li> </ul>
	Vanessa Laurent, assistante	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en page du rapport</li> </ul>
Expert scientifique	Bernard Ennuyer, sociologue	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expertise scientifique</li> <li>- Relectures</li> <li>- Participation au comité de pilotage</li> </ul>

**Tableau 4 – Composition de l'équipe projet**

Selon les étapes de travail, l'équipe projet se décompose en sous-équipes, toutes coordonnées par la coordinatrice scientifique du projet :



L'**équipe Documentation** qui a été en charge de l'ensemble des recherches bibliographiques et qui demeure à disposition de l'équipe projet pour des recherches complémentaires éventuelles dans la littérature scientifique (Laurence Girard et Christine Canet),

L'**équipe Qualitative** qui est composée des professionnels en charge du volet qualitatif de l'étude, notamment la réalisation des observations et des entretiens, analyses et rédaction (Sarah Benmarhnia, Léa Calmus, Marie Fontaine, Marie Guerlin, Frédéric Imbert, Hugo Wetzel),

L'**équipe Direction** qui est composée des directeurs des ORS afin de partager une vision commune des avancées du projet, de s'assurer du temps détaché aux collaborateurs pour organiser l'avancée de la recherche au sein de chaque ORS, d'acter des décisions nécessitant un consensus (Dr Jean-François Buyck, Clara Galland, Dr Isabelle Grémy, Nadège Thomas, Dr Isabelle Tron).

Le Tableau 5 ci-dessous présente le calendrier du déroulement de l'étude. Le détail des différentes réunions du projet se trouve en Annexe 1 - Réunions du projet, p.69. Le 6 octobre 2022, Céline Leclerc et Sarah Benmarhnia ont participé à la journée des « coordinateurs » d'ONIA, à Paris. Une dizaine de care-managers, représentant environ 5 structures, ont participé à cette journée. L'équipe ONIA a présenté les résultats de leurs dernières publications et enquêtes puis des ateliers étaient organisés pour comprendre collégialement quels pouvaient être les freins et les leviers à l'implication des auxiliaires de vie, médecins et IDEC dans le dispositif. Il était intéressant d'avoir une vision globale sur le déploiement d'ONIA en France pour remettre en perspective les 5 terrains de notre étude dans un ensemble.

	Période
Recherches bibliographiques	Mars - Mai 2022
Construction de la grille de prise de contact	Mars 2022
Construction de la grille d'observation et des guides d'entretiens	Mai - Octobre 2022
Collecte des données	Mai - Octobre 2022
Observations	Mai - Octobre 2022
Entretiens porteurs	Mai - Novembre 2022
Entretiens coordinateurs	Mai - Novembre 2022
Entretiens auxiliaires de vie	Octobre - Novembre 2022
Entretiens aidants/aidés	Novembre 2022
Rédaction d'un plan d'analyse provisoire	Décembre 2022
Encodage et analyse des données recueillies	Décembre 2022 – Avril 2023
Présentation du bilan intermédiaire	Mars 2023
Rédaction	Mai - Juin 2023
Restitution	Juillet 2023

**Tableau 5 - Calendrier**

<sup>6</sup> Léa Calmus et Hugo Wetzel ont participé au début du projet et ont quitté leurs fonctions à l'ORS au mois de septembre 2022.

<sup>7</sup> Frédéric Imbert a pris la suite de Léa Calmus et Hugo Wetzel à partir du mois d'octobre 2022.



# Résultats

## Partie 1 Le métier d'auxiliaire de vie

### I- Les missions de l'auxiliaire de vie

#### 1. Le métier d'auxiliaire de vie

##### Encadré 1 - Auxiliaire de vie sociale ou employée à domicile ?

En 1983, dans la première convention collective des organismes de maintien à domicile, on a défini le travail de "l'aide-ménagère à domicile" comme un travail matériel moral et social contribuant au maintien à domicile des personnes âgées. La mise en place du DEAVS (Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) en 2002, qui a succédé au CAFAD (Certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile) de 1988, a renommé la fonction d'aide-ménagère à domicile en auxiliaire de vie sociale, permettant ainsi de repositionner l'employée dans une fonction d'accompagnement et non plus uniquement dans une fonction d'aide-ménagère. Cette professionnalisation du métier renvoie à une attribution de tâches plus complexes pour les employées qui détiennent le diplôme, différenciant leurs missions de celles qui ne l'ont pas.

Néanmoins, même si ce diplôme reconnaît la nécessité de disposer de compétences techniques et de savoir-faire pour exercer le métier d'auxiliaire de vie sociale, dans les faits, la distinction entre auxiliaires de vie et employée à domicile n'est pas si claire (André, 2012).

En 2016 (arrêté du 29 janvier 2016), le DEAVS est devenu le diplôme d'État d'accompagnement éducatif et social (DEAES) qui redéfinit les fonctions de l'accompagnant éducatif et social. (Annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DEAVS). Néanmoins on continue à parler d'auxiliaires de vie sociale et de DEAVS... ce qui crée beaucoup de confusion ! Le référentiel de compétences du métier des auxiliaires de vie sociale détaille et détermine l'ensemble des tâches qui leur incombent. Ces dernières, détentrices du diplôme, ont pour principales fonctions d'assister les personnes auprès desquelles elles interviennent dans la réalisation des actes de la vie quotidienne (aide à la prise de repas, courses, tâches administratives...) mais aussi dans l'accompagnement et le suivi de leur état de santé (Référentiel d'activités professionnelles, 2004 ; Référentiel professionnel accompagnant éducatif et social, 2021). Contrairement aux employées à domicile, qui n'ont pas le DEAVS, les auxiliaires de vie sociale sont impliquées dans l'accompagnement médical de la personne suivie, que ce soit dans le diagnostic des besoins, le repérage d'une dégradation de l'état de santé, la surveillance de la prise de médicaments, la réalisation des soins d'hygiène ou la mise à jour du dossier du patient. Leur implication dans les tâches de la vie quotidienne est donc moindre et plutôt réservée aux employées à domicile (ex. : préparation des repas, entretien du logement, linge etc.) (Convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile, 2010).

Cependant, les difficultés de recrutement qui pèsent sur le secteur contraignent un certain nombre de structures à attribuer les mêmes tâches aux employées à domicile et aux auxiliaires de vie sociale, créant ainsi un flou identitaire autour de ces deux métiers. Il arrive d'ailleurs très souvent qu'elles emploient le terme « aide à domicile » pour désigner des auxiliaires de vie sociale, des employées à domicile et des aide-ménagères.

D'après les enquêtées interrogées dans cette étude, la différence entre ces deux métiers résulte principalement dans la rémunération. Faute d'exercer des missions différentes, l'aspect financier est pour eux, leur principale motivation pour passer le diplôme.

#### 2. Évaluation des besoins et organisation du planning

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une aide financière des Conseils départementaux pour soutenir l'accompagnement à domicile en cas de perte d'autonomie. Dans ce cadre, un plan



d'aide est défini afin de décrire le cadre d'intervention des auxiliaires de vie en fonction du niveau de dépendance et des besoins des personnes âgées. En amont de l'accompagnement d'une personne âgée, une évaluation détermine la nature des prestations à effectuer selon ses besoins identifiés.

L'évaluation est effectuée par un membre de l'équipe médico-sociale APA qui se déplace au domicile de la personne âgée, pour évaluer les besoins de la personne dans son environnement.

Plusieurs des auxiliaires de vie interrogées regrettent de ne pas être impliquées dans l'élaboration de ce plan d'aide. Selon elles, elles sont au cœur de l'accompagnement à domicile et les mieux placées pour définir le cadre de leur intervention pour les bénéficiaires qu'elles suivent. En effet, il a pu arriver que le plan d'aide soit inapproprié lorsqu'étaient proposées, par exemple, des durées d'interventions inadaptées au regard des besoins de la personne âgée et des tâches à effectuer. Régulièrement, les auxiliaires de vie sont à l'initiative d'une réévaluation de ce plan d'aide pour l'adapter à la réalité du terrain.

Dans les structures interrogées, les plannings des auxiliaires de vie sont fixés par les acteurs de la coordination. Pour aménager ces emplois du temps, plusieurs critères sont pris en compte. Premièrement, ils considèrent les distances entre le lieu d'habitation de l'auxiliaire de vie et le domicile des personnes âgées pour minimiser les temps de trajets des professionnelles. Dans certaines structures, ils s'efforcent d'assurer un certain roulement dans le personnel intervenant au domicile d'une même personne âgée pour éviter de rentrer dans une relation affective, même si parfois, au contraire, il est préférable de faire intervenir la même professionnelle pour l'entretien d'un logement, par exemple, pour éviter à la personne âgée de réexpliquer régulièrement l'emplacement de son matériel de nettoyage. Le planning peut être aménagé à la demande de l'auxiliaire de vie pour répondre à un besoin personnel ou pour optimiser son temps de trajet.

Les amplitudes horaires de travail des auxiliaires de vie sont très larges. Les journées peuvent commencer très tôt le matin pour le lever des bénéficiaires et se terminer tard le soir pour leur coucher. Les auxiliaires de vie peuvent être amenées à travailler le week-end (en général un week-end par mois, compensé par une journée de repos la semaine). Mais les tâches effectuées le week-end se limitent aux tâches essentielles telles que les soins de la personne. Aucun entretien du logement n'est prévu le week-end.

Le nombre d'usagers auprès desquels intervient l'auxiliaire de vie peut s'élever jusqu'à neuf par jour et ces derniers peuvent avoir des profils de dépendance très variés : des personnes plus ou moins âgées, malades, handicapées, en résidence sénior, etc. Dans certains cas de lourde dépendance, l'auxiliaire de vie peut intervenir en doublon avec un aide-soignant pour prendre en charge ces situations difficiles.

### 3. Tâches réalisées et durée des interventions des auxiliaires de vie

Dans son quotidien, l'auxiliaire de vie réalise une importante diversité de tâches. Les termes employés par les enquêtés pour qualifier ce métier dans les entretiens de cette étude sont assez révélateurs de cette variété : « polyvalent », « multitâches », « couteaux suisses ».

Tout d'abord, l'auxiliaire de vie prend en charge toute une série de tâches liées à l'hygiène de la personne : aide à la toilette, protections urinaires, bas de contention, appareils auditifs, pédicure, vider le seau du Montauban, etc.



L'auxiliaire de vie s'occupe également d'un accompagnement général dans la vie quotidienne des personnes accompagnées : aide au lever et coucher, habillage, aide au repas, prise de médicaments (quand le pilulier a été préalablement préparé par l'infirmier), changement d'une ampoule, remplacement d'une bouteille de gaz, couture, aides aux tâches administratives, accompagnement à des rendez-vous, récupérer des médicaments dans une pharmacie, *etc.*

Parallèlement, il existe des temps d'accompagnement dédiés à rompre l'isolement des personnes âgées : balade, jeux de société, discussion, café, *etc.*

L'entretien du logement (ménage, repassage), les courses et le remplissage des outils de transmission font aussi partie intégrante de leurs missions quotidiennes.

Cela dit, les auxiliaires de vie reçoivent la consigne de refuser certaines tâches demandées par les aidés quand cela dépasse leur cadre d'intervention : ménage de fond, balayer le garage, enlever les toiles d'araignées, litière du chat, nourrir le chat : « **On n'est pas là pour décapier les sols** » [AUX-12]<sup>8</sup>.

Les interventions peuvent durer de 15 minutes à 3 heures selon la nature des tâches à effectuer et le moment de la journée.

Néanmoins, être auxiliaire de vie ne se limite pas à exécuter des gestes techniques. Le DEAVS est venu reconnaître les compétences sociales requises pour exercer ce métier. En effet, comme dans la plupart des métiers relationnels, les compétences sociales sont au cœur de la pratique et englobent un ensemble de savoir-être : le sens de la communication, l'empathie, l'adaptabilité, l'écoute, *etc.* (Bellier, 1998 cité par Vallery, G & Leduc, S. (2010)). Par exemple, l'auxiliaire de vie mobilise des savoir-être tels que tenir une conversation adaptée, instaurer ou maintenir un climat de confiance, susciter des envies, *etc.* : « **c'est comme pour une toilette, vous arrivez pour une toilette, on ne va pas y aller TAC ! On va commencer petit à petit pour, à la fin, réussir à faire la grande douche. En fin de compte parce qu'un corps, ce n'est pas un meuble. Il faut respecter tout ça.** » [AUX-10]

Ces savoir-être sont souvent des compétences mobilisées pour favoriser le bien-être de la personne âgée, mais d'après Helfter (2015), les auxiliaires de vie apprennent également à développer des savoir-être relatifs à leur posture et à la distance professionnelle requise dans ce métier, bien qu'il soit parfois difficile de contenir ses émotions lorsqu'un lien s'est créé (*ex.* : apaiser la personne sans laisser percevoir son ressenti, effectuer une toilette sans être intimidé, faire face au décès de certains patients...).

Ainsi, en plus des tâches formalisées dans le plan d'aide et le planning d'intervention, les auxiliaires de vie sont amenées à effectuer, tout au long de la journée, diverses petites tâches d'ordre informel, mais non moins essentielles au quotidien pour créer du lien avec l'usager et développer une relation de confiance : communiquer, écouter, lire le journal à voix haute, rassurer, poster une lettre, coiffer, effectuer une manucure, *etc.*

D'ailleurs, la discussion est un véritable savoir-être en tant que tel, qu'il faut savoir mobiliser et adapter dans différents contextes et en fonction de l'usager. L'auxiliaire de vie peut être amenée à modifier la façon dont elle va réaliser certaines tâches pour faciliter la discussion : « **on peut travailler tout en discutant, donc là j'essaye de ne pas utiliser l'aspirateur, je prends plus le balai comme ça on peut**

---

<sup>8</sup> Dans le rapport, les verbatims seront référencés avec un code. Les codes AUX-xx numérotés de 01 à 20 correspondent aux entretiens avec les auxiliaires de vie, les codes COO-xx numérotés de 01 à 6 à ceux des « **coordinateurs** », les entretiens POR-xx numérotés de 01 à 04 correspondent aux entretiens avec les « **porteurs de projet** » et ceux avec les aidants AID-xx sont numérotés de 01 à 04 .



travailler et discuter. » [AUX-10]. Il s'agit de trouver des sujets de discussion tout en restant professionnelle : « La plupart des gens savent que j'ai 2 enfants. 'Comment vont vos filles ?' 'Elles vont bien', 'Et l'école', 'Ben ça va'. Ça amène de la discussion, ils n'en savent pas plus, ils savent que j'ai des enfants, point barre. » [AUX-07], « On est là que pour écouter, on n'est pas là pour raconter notre vie. C'est à ça qu'il faut faire très attention aussi... » [AUX-03]. De plus, l'auxiliaire de vie veille à ne pas entrer dans une spirale de communication négative et éviter les sujets de discussion qui peuvent être sensibles : « Allez voir le médecin, c'est négatif, pas positif pour eux. Ça veut dire que leur état se dégrade. Même si c'est temporaire, on demande toujours si ça va mieux. On essaye d'être le plus positif possible. » [AUX-06]

Ces temps permettent de maintenir du lien social pour les personnes âgées lorsque leur entourage est éloigné ou que leur mobilité ne leur permet plus d'échanger avec des personnes en dehors de leur domicile « On est un peu leur lien aussi parce qu'ils n'ont personne, on est leur confident » [AUX-08].

#### 4. Marges de manœuvre/adaptation des auxiliaires de vie dans l'organisation des tâches effectuées

La plupart des auxiliaires de vie interrogées affirment que l'organisation des interventions et le temps prévu pour réaliser chacune d'elles sont très restreints et laissent, de ce fait, peu de place aux imprévus (ex. : problèmes sur la route, usager qui a un problème de santé...). L'adaptation est donc une compétence indispensable dans ce métier. Les divers entretiens ont montré que les auxiliaires de vie étaient relativement libres de moduler leur pratique comme elles le souhaitent. Si elles manquent de temps, ces dernières peuvent modifier l'organisation initialement prévue et décider de prioriser les tâches qu'elles estiment impératives à effectuer lors d'une intervention, reportant les tâches jugées moins importantes à l'intervention suivante. Par exemple, elles prévoient une préparation de repas plus simple ou vont principalement se concentrer sur les pièces d'hygiène (cuisine, toilettes, salle de bain), lorsqu'elles doivent faire l'entretien du domicile, car ce sont les endroits où les bactéries peuvent se développer. L'auxiliaire de vie peut également être amenée à adapter la nature des tâches en fonction de la météo : « La semaine prochaine, il va beaucoup pleuvoir, on sait que la poussière va rentrer, voilà on va se dire : 'Le café, on le prendra le prochain coup, je vous mets un petit coup d'aspirateur' » [AUX-06].

Parfois, elles prennent sur leur temps personnel pour finaliser leur travail. Elles peuvent également profiter des temps de trajet pour récupérer leur retard : « Généralement, j'arrive à récupérer le retard, parce que souvent, on a des quarts d'heure de trajet, mais il n'y a pas forcément besoin d'un quart d'heure donc je prends sur ce quart d'heure... » [AUX-05]. Le quart d'heure de battement entre deux interventions leur laisse une marge de manœuvre en cas de retard. Certaines préfèrent même arriver en avance à chaque intervention pour limiter l'impact d'un éventuel débordement sur le reste des interventions.

Dans le cas où il leur reste du temps à la fin d'une intervention, les auxiliaires de vie interrogées expliquent toujours chercher à réaliser du travail supplémentaire dans le temps restant, en sollicitant l'avis de la personne âgée pour savoir quelle tâche réaliser.

Cette liberté de modifier leur planning est majoritairement prise pour garantir le bien-être de chaque usager tout au long de la journée, mais il arrive que certaines modifient l'organisation et la durée des interventions si elles estiment que le planning est trop chargé ou que cela les mettra en difficulté personnellement pour le reste de la journée (ex. : terminer plus tôt une intervention pour éviter de



prendre du retard pour aller chercher leurs enfants à l'école). Ces dernières justifient leurs initiatives par l'investissement dont elles font preuve au quotidien malgré le manque de reconnaissance.

## 5. Repérage d'une dégradation de l'état de santé (en dehors de l'utilisation d'ONIA)

Le lieu d'exercice, le contenu des missions, la durée et la fréquence de leur présence auprès des bénéficiaires et la relation de confiance qu'elles établissent avec eux positionnent les auxiliaires de vie comme les personnes les mieux placées pour repérer leurs besoins. En intervenant au cœur de l'accompagnement à domicile, les auxiliaires de vie ont un accès privilégié au repérage de certains problèmes de santé des personnes âgées, que les autres professionnels de santé n'ont pas. Elles voient évoluer la personne dans son quotidien, parfois sur plusieurs années, et sont ainsi les professionnelles les plus en mesure de repérer des évolutions infimes d'un état de santé : « *Les yeux du service c'est nous, parce que c'est nous qui sommes à domicile.* » [AUX-17]. Par exemple, lors de la toilette, elles peuvent surveiller des signes d'irritations, des rougeurs, etc. De même, en observant la prise des repas, elles peuvent prévenir les risques de dénutrition. Leur présence au quotidien permet de rompre l'isolement et ainsi de prévenir les troubles dépressifs, très présents chez les personnes âgées.

En outre, l'auxiliaire de vie a la prise de distance nécessaire vis-à-vis de la personne âgée, contrairement à la famille qui peut être dans le déni : « *Les enfants, j'ai l'impression qu'ils sont dans le déni, ils ne la voient pas comme nous on la voit, alors que je leur dis : 'Vous savez, je viens pour la toilette tous les jours, et votre maman se dégrade, elle a perdu du poids, je l'ai pesée, elle a perdu 8 kilos !' pour eux ce n'est pas inquiétant, mais pour moi ça l'est !* » [AUX-17]. Cette proximité avec les usagers favorise une relation de confiance, ce qui est un véritable atout pour le repérage d'une dégradation d'un état de santé, car les personnes sont plus enclines à se confier sur leur santé ou leur moral. D'ailleurs, l'auxiliaire de vie est régulièrement sollicitée par les aidants qui lui posent diverses questions sur l'état de santé de leur proche (appétit, douleur, etc.). Lors d'une visite médicale, si l'auxiliaire de vie est présente, le médecin l'interroge sur l'état de la personne âgée.

Les auxiliaires de vie ont toujours été confrontées à des dégradations de santé, travaillant en lien avec des personnes âgées cela fait partie des éléments essentiels du métier. « *Assurer la prévention et la sécurité* », « *signaler les anomalies, les signes d'alarme (œdème, ballonnement abdominal, sécrétions anormales, comportement inhabituel, etc.)* », « *mettre en œuvre les techniques de secourisme (programme de l'AFPS ou de SST)* », « *savoir observer l'état des fonctions vitales et savoir reconnaître et apprécier les signes de détresse vitale* » sont des missions qui font partie intégrante du métier d'auxiliaire de vie sociale (Référentiel d'activités professionnelles, 2004).

Un des responsables de structure interrogé explique que le repérage est une compétence sur laquelle repose une réelle attente des familles et des encadrants : « *Les auxiliaires de vie qui sont un peu les yeux des familles, quand c'est des personnes isolées, si l'auxiliaire de vie n'est pas vigilant à ce qu'il se passe il y a un loupé et là, de toute façon ça fait partie des compétences, c'est ce qu'on attend du métier d'auxiliaire de vie* » [POR-03].

Dans les faits, les auxiliaires de vie interrogées réalisent un certain nombre de tâches pour prévenir la détérioration d'un état de santé. Au fil de leurs interventions, elles obtiennent des informations sur l'état de santé de l'utilisateur qui viennent naturellement dans la discussion. Elles posent les questions instinctivement : « *Comment ça va ?* », « *Avez-vous bien dormi ?* » tout en vérifiant la cohérence des propos.



Parallèlement, les auxiliaires de vie font preuve de beaucoup d'anticipation pour prévenir la détérioration de la santé des usagers. Par exemple, elles surveillent l'appétit des aidés en regardant si le repas proposé a bien été consommé, s'il n'a pas été jeté à la poubelle : « voilà ce n'est pas que réchauffer et puis mettre dans l'assiette, c'est s'assurer si la personne a de l'appétit ou pas, toutes ces petites choses-là. » [AUX-15]. Elles sont également très attentives à l'hygiène, elles surveillent régulièrement l'état du réfrigérateur et les dates de péremption pour s'assurer des conditions d'hygiène des aliments consommés et prennent leurs précautions pour ne pas transmettre de virus à l'aidé en se lavant les mains régulièrement. De plus, elles veillent au quotidien à anticiper les risques de chutes. Plusieurs auxiliaires de vie interrogées ont décrit les stratégies qu'elles mettent en place comme le fait de cacher un escabeau pour éviter que la personne âgée l'utilise, de ramasser systématiquement les objets au sol qui représentent un risque de chute ou encore de retirer les tapis : « S'il y a des tapis, moi automatiquement je les enlève, ça c'est sûr, les tapis... on a peur qu'ils se prennent les pieds dedans » [AUX-02]. Elles s'appliquent aussi à surveiller que les médicaments du pilulier aient bien été pris, à mettre les médicaments en hauteur, hors de portée des personnes âgées pour éviter une surdose ou à surveiller que les ordonnances médicamenteuses sont à jour. Certaines auxiliaires de vie enquêtées ont même été à l'initiative de quelques aménagements du domicile pour prévenir une altération de la santé : barre de maintien, lit médicalisé, réhausseur, etc. Bien qu'elles ne soient pas considérées comme des professionnelles du soin, leur expérience leur fait acquérir certaines compétences médicales. Elles savent par exemple qu'un diabétique doit se faire couper les ongles par un podologue ou qu'il ne faut pas manipuler une personne qui vient de chuter.

Pour jauger la gravité de la situation, l'auxiliaire de vie s'appuie sur sa connaissance de la personne. Cette considération est cruciale, car une même situation peut se révéler alarmante ou, au contraire, ordinaire selon la disposition de la personne âgée à s'exprimer sur ses problèmes de santé ou le caractère plus ou moins bavard des usagers : « Elle connaît ses habitudes, son caractère et remarque que la personne est fatiguée, car moins éloquente que d'habitude et lui demande si elle a jardiné la veille, car c'est généralement ce qui la fatigue le plus. » [Extrait de compte rendu d'observation].

Généralement, les signes qui peuvent alerter l'auxiliaire de vie peuvent être une tendance de la personne âgée à dormir plus que d'habitude, une perte de poids, une perte de repères spatio-temporels, une perte de mémoire, des troubles cognitifs, une baisse de moral, etc.

Le repérage, bien qu'il soit inscrit juridiquement comme une compétence requise, relève davantage du ressenti de l'auxiliaire de vie que de critères formalisés. En effet, plusieurs enquêtées ont expliqué ne pas avoir été formées au repérage et ne disposer d'aucune ressource permettant d'objectiver les signes avant-coureurs d'une dégradation de l'état de santé. Ce sont principalement les passages réguliers au domicile, la connaissance de la personne et l'expérience qui leur permettent de déceler une perte d'autonomie ou un problème de santé.

Il n'existe pas non plus de procédure officielle à suivre concernant la communication à opérer en cas de problème de santé repéré. L'alerte et le choix de l'interlocuteur se font selon l'appréciation de l'auxiliaire de vie et n'ont lieu qu'à un certain niveau de gravité. Elle adapte alors sa communication en fonction de la problématique : appel des secours (pompiers ou SAMU), appel de la famille, notes dans le cahier de transmission, réunions de transmissions, etc. Certaines auxiliaires de vie tiennent à prévenir les infirmiers coordinateurs de leur structure. Ces derniers peuvent prendre le relais et dans certains cas alerter le médecin traitant de la personne âgée. Quelquefois, l'auxiliaire de vie trouve plus adapté de prévenir l'infirmier libéral en charge des soins de l'usager « Par exemple, si j'arrive et qu'une personne a chuté et qu'elle a une plaie, je vois que ce n'est pas très important cette petite plaie, mais qu'il faut quand même regarder, ben j'appelle l'infirmière ou j'envoie un petit message : 'attention Madame Untel a chuté, j'ai vérifié, désinfecté la plaie, pour moi ce n'est pas très grave, mais quand tu



passeras, regarde ! » [AUX-17], ou même de demander à la personne âgée de montrer une rougeur à l'infirmier qui passe le lendemain. Si elle sait qu'au cours de sa journée, elle sera amenée à croiser un aide-soignant ou un infirmier qui intervient au domicile d'une personne pour laquelle elle s'interroge sur l'état de santé, elle peut décider de lui mentionner rapidement ce qu'elle a constaté, à titre préventif. Certaines des auxiliaires de vie rencontrées considèrent important de doubler leurs appels par une trace écrite (mail ou SMS) pour laisser une empreinte de leur repérage et des gestes effectués.

Finalement, que ce soit pour le repérage d'une détérioration d'un état de santé ou concernant l'alerte à effectuer, il n'existe pas de consigne formalisée à suivre. Cela se fait à l'appréciation de l'auxiliaire de vie qui est en veille permanente : « On a un regard où on doit être vigilant comme si la personne était dans une chambre d'hôpital alors que ce n'est pas le cas. » [AUX-19].

## II- Relations professionnelles de l'auxiliaire de vie

### 1. Relations entre auxiliaires de vie

Bien qu'il puisse y avoir des interventions prévues en binôme avec des aides-soignants, la majorité du temps, les auxiliaires de vie interviennent seules, au domicile de la personne âgée. Comme l'expliquent de nombreux auteurs, la singularité du travail dans le secteur de l'aide à domicile réside dans le fait que les auxiliaires de vie exercent leurs fonctions à « *huis clos, à distance des autres professionnels* » (Imbert *et al.*, 2012). Elles effectuent leurs missions principalement seules, sur des lieux de travail qui diffèrent d'une heure à l'autre et ont donc peu, voire pas d'interactions quotidiennes avec leurs collègues. Pour autant, le fait que les auxiliaires de vie se sentent seules dans leur travail ne signifie pas automatiquement qu'elles sont « isolées » dans leur organisation ou livrées à elles-mêmes, c'est-à-dire sans encadrants vers lesquels elles pourraient se tourner en cas de besoin (Bricka, 2017; Sarazin, 2011; Yahiaoui & Nicot, 2002). En effet, la coordination entre auxiliaires de vie est très variable selon les structures interrogées. Une très bonne coordination entre professionnelles a été mise en place dans la majorité des territoires étudiés, avec des réunions de transmissions hebdomadaires lors desquelles elles peuvent échanger sur les situations rencontrées. Ces réunions de transmission sont un moyen pour les auxiliaires de vie d'échanger sur leurs pratiques respectives, sur des situations qui suscitent des interrogations et d'harmoniser ou de réajuster certaines façons d'agir en trouvant des solutions communes, validées par les encadrants. Toutefois, sur le terrain B-1, il existe très peu de temps de coordination avec seulement une réunion tous les deux mois.

Parallèlement, les auxiliaires de vie disposent de divers outils de coordination comme les diagrammes ou les fiches de transmissions qui permettent de renseigner les tâches effectuées au cours de leurs interventions. Ces documents figurent dans le classeur de chaque personne accompagnée avec le plan d'aide au titre de l'APA, la fiche d'intervention avec les renseignements principaux sur la personne âgée, le planning à la semaine, la fiche de communication avec la famille, la liste des tâches à cocher et la carte de l'application métier à scanner en fin d'intervention (*cf.* Partie 3 -II- 1. L'utilisation du numérique avant ONIA, p.55). En cas d'urgence, certaines évoquent le fait de « *mettre un mot* », car les fiches de suivi ne sont pas systématiquement lues.

Ayant peu l'occasion de se côtoyer en dehors des réunions de transmission, les rapports entre les auxiliaires de vie sont décrits comme corrects et très souvent professionnels. Certaines apprécient de se voir lors des réunions pour échanger, tandis que d'autres préfèrent ne pas avoir à travailler en équipe et limitent leur présence à ces réunions. Certaines auxiliaires de vie, souvent les plus



expérimentées et les plus âgées, ont également spécifié qu'il existait une différence entre leurs pratiques et celles d'auxiliaires de vie plus jeunes, jugées moins rigoureuses.

Les échanges avec les autres professionnels de la santé sont relativement rares. Pour certaines structures, il arrive que les auxiliaires de vie travaillent en binôme avec des aides-soignants dans les cas de grande dépendance des personnes âgées. Sinon, elles croisent uniquement par hasard certains professionnels intervenant à domicile comme les infirmiers libéraux avec qui elles peuvent échanger sur la situation de l'aidé. Toutefois, les contacts avec les médecins sont très rares : « **Ah ben non, les médecins ne contactent pas les aides à domicile.** » [AUX-02].

## 2. Relations entre les auxiliaires de vie et les personnes âgées et leurs proches aidants

Le métier d'auxiliaire de vie, en lien quotidien avec des personnes âgées ou handicapées, comporte une réelle dimension relationnelle. Un travail de mise en confiance des personnes accompagnées est nécessaire au début d'une prise en charge. Puis, progressivement un lien se crée entre la professionnelle et la personne âgée. Parfois, il existe même des relations de longue date lorsque l'auxiliaire de vie a réalisé plusieurs années d'accompagnement chez la même personne.

Il s'agit d'une relation humaine où les limites du cadre professionnel sont difficiles à définir. Selon les professionnels de la coordination interrogés, le roulement régulier du personnel permet à l'auxiliaire de vie de ne pas rentrer dans une relation affective et de prendre de la distance sur la situation. Dans une des structures, des jeux de rôles sont organisés afin d'appréhender la juste distance à adopter avec les personnes âgées. Bien qu'elles soient conscientes de devoir garder de la distance avec les personnes accompagnées et de ne pas trop s'investir émotionnellement, cette consigne est difficilement applicable dans le cadre d'une relation humaine dans laquelle les usagers attendent une certaine proximité avec l'auxiliaire de vie : « **C'est vrai qu'en formation, on nous rabâche qu'il ne faut pas créer de lien, qu'il faut rester professionnelle. Mais à un moment si on est trop professionnelle, [les usagers disent] 'Ah ben non c'est une sans cœur'. Voilà 'Elle ne cherche pas à discuter'** » [AUX-07]. De plus, les auxiliaires de vie s'attachent malgré tout à certaines relations de longue date et dépassent parfois le cadre strict de leur intervention : garder les clés de la personne aidée quand elle n'est pas là pour aller prendre le courrier en son absence, donner son numéro de téléphone personnel pour rendre des services à la personne sur le temps personnel, appeler les aidants pour prendre des nouvelles, etc.

Comme dans toute relation humaine, des tensions peuvent intervenir entre l'auxiliaire de vie et la personne aidée. Les usagers peuvent montrer de l'agressivité et selon certaines professionnelles interrogées, cela s'explique par le fait qu'il est difficile pour eux d'admettre leur dépendance et d'accepter de l'aide. Il leur arrive de mettre fin à leur intervention dans les cas où l'agressivité de l'aidé est trop importante. Lorsque des tensions interviennent, les auxiliaires de vie en font part à leur structure et les coordinateurs prennent le relai pour gérer la situation. Les personnes âgées peuvent alors être confiées à d'autres collègues.

Les personnes âgées souhaiteraient moins de roulement de personnel pour être suivies continuellement par les mêmes auxiliaires de vie : « **ils sont butés, ils veulent avoir que la personne qui intervient chez eux habituellement.** » [AUX-12]. En effet, les professionnelles intervenant à leur domicile constituent un repère pour certaines personnes âgées et elles peuvent se sentir perdues lorsque le roulement de professionnelles est trop important. De plus, les interventions nécessitent une certaine familiarité avec l'environnement domestique de la personne âgée et cela peut se révéler usant



de répéter l'emplacement de leurs effets personnels ou de leur mobilier dès lors qu'une nouvelle auxiliaire intervient.

### III- Perception du métier et représentations sociales

La majorité des auxiliaires de vie interrogées décrivent leur métier comme un réel « **métier passion** » [AUX-06], « **une vocation** » [AUX-17]. Conscientes que leur rôle est crucial dans l'accompagnement des personnes âgées : « **On est un peu la canne de l'être qu'on accompagne, je vois ça comme ça !** » [AUX-19], elles affectionnent particulièrement son aspect relationnel : « **Je le fais parce que j'aime ça et j'aime m'occuper des personnes âgées donc pour moi, c'est un bonheur !** » [AUX-11] « **J'aime ce travail, j'aime avoir le contact avec les gens** » [AUX-12]. Elles expriment cette passion parfois même comme une condition nécessaire pour pouvoir exercer ce métier : « **Il faut aimer le métier, il faut aimer les personnes âgées j'ai envie de dire. Ce n'est pas du jour au lendemain qu'on peut devenir aide à domicile.** » [AUX-11].

Les auxiliaires de vie interrogées sont globalement satisfaites de l'organisation de leur structure et de leurs conditions de travail.

Pour autant, il s'agit d'un métier très difficile. Le métier d'auxiliaire de vie tel qu'il est exercé aujourd'hui implique des contraintes et une pénibilité qui s'accompagnent de l'absence de reconnaissance ressentie par les salariées : l'amplitude horaire, l'organisation et le temps de travail, la complexité des situations, la solitude, la faible rémunération, le manque de reconnaissance sociale, etc. Comme Devetter (2012) l'explique, la professionnalisation du métier d'auxiliaire de vie, en 2002, par la qualification, l'instauration de contrats à temps plein, le salariat dans une structure, la complexité de certaines tâches, la responsabilisation, etc., est aussi associée à des contraintes physiques, psychologiques, temporelles plus importantes pour les salariées. Sans compter que ces métiers sont dévalorisés, n'incitant pas les jeunes générations à s'orienter vers ces carrières (Ennuyer, 2012). Et bien que le nombre de personnes âgées et de besoins augmentent, le secteur de l'aide à domicile doit, dans le même temps, faire face à un turn-over important et des difficultés à recruter (André, 2012). D'après l'un des coordinateurs interrogés, même les organismes de formation peinent à remplir leurs sessions. Parmi les auxiliaires de vie embauchées, un certain nombre finissent par se retirer de la fonction, ce qui impacte les auxiliaires de vie déjà en poste, qui se retrouvent mobilisées pour assurer certaines interventions lorsque le personnel vient à manquer.

En effet, plusieurs auxiliaires de vie interrogées dans le cadre de cette étude se sont exprimées sur le fait que leur charge de travail est importante et leurs plannings très serrés : « **Je n'ai pas vraiment le temps de souffler** » [AUX-07] avec des horaires discontinus, un fractionnement des interventions (au quart d'heure ou à la demi-heure), des tournées du soir fatigantes et, malgré tout, une forte amplitude horaire dans une journée de travail. Des études de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS, 2022) montrent que le travail en coupure est un type d'organisation du travail pénible qui, à terme, peut avoir des effets néfastes sur la santé des salariés (troubles du sommeil, troubles métaboliques, troubles dépressifs, maladies chroniques).

De plus, les auxiliaires de vie peuvent être confrontées à des situations particulièrement complexes : des logements très sales ou insalubres, l'agressivité des usagers, intervention dans des zones géographiques peu sécurisées, etc. Du fait du lien humain qui se tisse inévitablement, ce métier peut se révéler très lourd émotionnellement. Un coordinateur évoque même l'idée d'organiser une cellule psychologique pour soutenir les auxiliaires de vie dans la gestion de leurs émotions.



L'ensemble des personnes enquêtées, auxiliaires de vie comme aidants ou acteurs de la coordination, s'accordent à dire que le métier d'auxiliaire de vie manque de reconnaissance. En premier lieu, elles mentionnent principalement le manque de reconnaissance financière qui se matérialise par un salaire peu élevé et des indemnités kilométriques trop rarement prises en charge. Elles évoquent également le peu de considération de la société en général, vis-à-vis du métier d'auxiliaire de vie avec l'idée qu'il est régulièrement assimilé à « femme de ménage ». En effet, la différence entre auxiliaire de vie, employée à domicile et aide-ménagère est souvent méconnue (cf. Encadré 1 – Auxiliaire de vie sociale ou employée à domicile ?, p.19), y compris par les usagers qui les confondent et ne comprennent pas toujours l'objet de leur venue au domicile (ex. : il arrive que les personnes âgées s'attendent à ce que le ménage soit effectué, alors que l'auxiliaire de vie sociale vient faire de l'accompagnement). De cette incompréhension émergent parfois des propos jugés dévalorisants ou rabaisants par certaines auxiliaires de vie : « Ils nous prennent pour des bonnes » [AUX-12] « Ils nous prennent un peu pour leur bonniche » [AUX-01] « Moi je me suis déjà fait traiter par certains de bonne à rien ! » [AUX-12]. Or, comme indiqué précédemment (cf. Partie 1 -I- Les missions de l'auxiliaire de vie, p.19), le métier d'auxiliaire de vie a évolué. Si les tâches initialement attribuées aux aides à domicile consistaient principalement à réaliser des tâches ménagères, la professionnalisation du métier par l'arrivée du DEAVS en 2002 a tout de même fait évoluer les conditions de travail et la nature des missions. De par leurs missions de soins, les auxiliaires de vie ont davantage de responsabilités et doivent composer avec une diversité de tâches.

Ces représentations ont évolué avec les dernières générations. En 2020, la crise sanitaire a contribué à une revalorisation salariale et une meilleure perception du métier mais cette dynamique s'est vite essoufflée : « Depuis que le covid est fini, on est retournées dans l'oubli, plus personne ne parle de nous » [AUX-11].



# Partie 2 ONIA, déploiement et mise en œuvre

## I- L'introduction du projet ONIA au sein des structures d'accompagnement des personnes âgées à domicile

Sur les terrains A-1 et A-2, le maintien à domicile des personnes âgées et le repérage de la fragilité constituaient déjà, depuis une dizaine d'années, une priorité. Les professionnels de santé de ces terrains étaient déjà impliqués dans des expérimentations Pærpa<sup>9</sup> et une expérimentation article 51 IPEP<sup>10</sup> qui visent à améliorer le repérage, la prise en charge et éviter les hospitalisations des personnes âgées. Le territoire était donc déjà intéressé par un outil qui puisse anticiper la dégradation de l'état de santé et l'hospitalisation et qui apporte des performances médico-économiques en termes de santé. L'outil numérique ONIA s'inscrivait naturellement dans cette démarche et a donc été proposé par le créateur de l'outil et l'ARS du territoire. Le projet a été présenté au « porteur du projet » et aux partenaires institutionnels afin de voir si le projet ONIA était convergent avec le projet de santé du territoire et si l'organisation professionnelle était appropriée.

Sur le territoire B-1, l'implémentation de l'outil ONIA s'est faite dans le cadre d'une réponse à un appel à projets en 2021. Le dispositif est davantage implanté dans le SSIAD que dans le SAAD. Il est ainsi plus utilisé par les aides-soignants que par les auxiliaires de vie. Une nouvelle réponse à un appel à projets a été réalisée en 2022 pour permettre de prolonger le projet et le développer sur d'autres structures.

Sur les terrains C-1 et C-2, ONIA a été présenté lors d'une table stratégique. Les acteurs en charge du pilotage en ont entendu parler, car l'outil était lauréat d'un incubateur de projets. Ces derniers ont ensuite présenté ONIA au Conseil départemental pour le financement et la signature de la convention. Initialement, il était prévu qu'ONIA soit rempli par les proches aidants mais, comme cela n'a pas bien fonctionné, il a été décidé que le questionnaire serait renseigné par les auxiliaires de vie. Le projet a d'abord été développé sur le terrain C-1 et comme l'expérience s'est révélée positive, il a été élargi à un service privé : C-2. Un développement est en cours sur 2 autres territoires de la même région.

## II- Montage du projet et déploiement de l'outil

Sur les terrains A-1 et A-2, le « porteur du projet » est un médecin généraliste, administrateur de plusieurs maisons de santé et de la CPTS<sup>11</sup> du territoire. Il a impulsé le projet après avoir été contacté par le créateur d'ONIA et l'ARS de sa région. Outre son implication dans la gestion financière et politique du projet ainsi que l'évaluation de celui-ci, son rôle vise principalement à communiquer et promouvoir le dispositif, que ce soit en amont auprès des partenaires institutionnels, ou en aval auprès

---

<sup>9</sup> <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

<sup>10</sup> <https://www.paca.ars.sante.fr/article-51-un-dispositif-pour-experimenter-des-organisations-innovantes>

<sup>11</sup> Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.



du « **collecteur** » et des professionnels de santé qui interviennent dans le projet personnalisé de santé des personnes âgées. L'objectif étant de faire connaître l'outil aux médecins généralistes du territoire afin qu'ils adhèrent au projet et le recommandent ensuite à leurs patients lorsqu'ils l'estiment nécessaire. Contrairement aux autres terrains, les médecins généralistes sont impliqués dans le projet, car ils ont les compétences pour établir une fragilité de l'état de santé et proposer ONIA aux patients et/ou à leur entourage en recueillant les consentements. Dans ce contexte d'exercice coordonné où le territoire est imprégné d'une « **culture de la réunion de coordination pour le maintien à domicile** » [POR-04], l'implication des médecins semblait évidente. En revanche, le « **porteur** » n'a pas accès au tableau de bord permettant le suivi des indicateurs, cette fonction étant réservée aux « **coordinateurs** ».

Les « **coordinateurs** » du dispositif sont, quant à eux, des infirmiers de parcours dont la mission est de mettre en relation et coordonner les différents professionnels intervenant auprès des personnes âgées, que ce soit pour réajuster le plan d'aide et/ou pour proposer d'autres dispositifs, comme ONIA, si un problème leur a été signalé et nécessite une plus grande vigilance. Dans cette configuration territoriale, il apparaissait pertinent que les « **coordinateurs** » d'ONIA soient les infirmiers de parcours, car ces derniers sont au centre des relations entre les différents professionnels de santé intervenant dans le maintien à domicile. Ils sont à la fois en contact avec les médecins, les structures employant les auxiliaires de vie ainsi que les personnes âgées elles-mêmes, lorsque ces dernières sont hospitalisées. Leur qualité d'infirmier et la proximité avec les professionnels et les patients leur confèrent une légitimité pour avoir accès au tableau de bord et donc aux indicateurs de santé. Leur rôle consiste à analyser les indicateurs d'ONIA et les potentielles alertes au regard des éléments indiqués par les auxiliaires de vie et de leur connaissance du patient, et à en échanger ensuite avec les professionnels pour déterminer comment éviter l'hospitalisation. Avant l'implantation d'ONIA, il n'y avait qu'un seul infirmier de parcours sur le territoire. La mise en place du dispositif a nécessité de recruter un second infirmier, car la densité de travail aurait été trop élevée et un bureau supplémentaire a également été mis à disposition.

Sur ce territoire (A-1 et A-2), seule une structure, constituée de plusieurs sites géographiques, emploie des auxiliaires de vie. Il était donc cohérent qu'elle remplisse le rôle du « **collecteur** ». Tous les salariés de cette structure sont impliqués dans le dispositif, que ce soit les acteurs chargés de la coordination des professionnels, mobilisés pour présenter, former les auxiliaires de vie à l'outil, les faire adhérer au projet, intégrer dans les interventions et harmoniser les pratiques sur tout le territoire, les secrétaires qui planifient l'utilisation d'ONIA et mettent à disposition des outils pour l'utiliser (ex. : QR Code, téléphone portable, codes d'accès) et les auxiliaires de vie qui collectent les informations sur l'état de santé des personnes âgées. C'est sur ce territoire que l'on compte le plus grand nombre de bénéficiaires suivis par l'outil ONIA (59 personnes âgées) et d'auxiliaires de vie utilisant l'application (32) (cf. Tableau 6 – Montage et déploiement du projet sur les différents terrains, p.31).

Sur le terrain B-1, le « **porteur du projet** » a été impliqué lors de l'introduction du projet ONIA dans la structure mais n'a pas de rôle actif dans le déploiement effectif de l'outil. C'est le « **coordinateur** » du projet, un infirmier de secteur, qui est en charge de suivre le tableau de bord, de former les auxiliaires de vie à l'application et de faire le suivi des personnes âgées incluses dans le dispositif. Le terrain B-1 remplit aussi le rôle de « **collecteur** » car c'est au sein de la même structure que les auxiliaires de vie sont employées. Le « **coordinateur** » est également l'interlocuteur entre la structure, les auxiliaires de vie et l'équipe ONIA. Sur ce territoire, seulement trois auxiliaires de vie utilisent l'application et le nombre de personnes âgées suivies par le dispositif est indéterminé (cf. Tableau 6 – Montage et déploiement du projet sur les différents terrains, p.31).



Sur les terrains C-1 et C-2, le « porteur du projet » a été à l’initiative de la mise en place du dispositif ONIA au sein de la structure. Initialement, la fonction de suivi des indicateurs sur le tableau de bord était assurée par les infirmiers d’une structure chargée de la prévention et du suivi médical des personnes âgées en perte d’autonomie, la gestion des personnes âgées suivies (présentation et signature des consentements) et la formation des auxiliaires de vie impliquées dans le projet étaient réalisées par un infirmier de la structure « collecteur » employant les auxiliaires de vie. Après un certain temps d’utilisation, il a été décidé de confier la mission de suivi des indicateurs à l’infirmier de la structure employant les auxiliaires de vie qui est réellement à proximité des auxiliaires de vie et qui est le mieux placé pour favoriser une dynamique autour de l’utilisation de l’application ONIA par ces dernières. Cette évolution est intervenue au cours de l’enquête de terrain que nous avons menée. Sur le terrain C-1, 10 auxiliaires de vie utilisent effectivement l’application ONIA et 16 usagers sont suivis régulièrement par le dispositif. Néanmoins, sur le terrain C-2, seulement une auxiliaire de vie est une ancienne utilisatrice qui a suivi uniquement un bénéficiaire avec l’application ONIA (cf. Tableau 6 – Montage et déploiement du projet sur les différents terrains, p.31).

Territoire	A		B	C	
Structure	1	2	1	1	2
Date de mise en place	Janvier 2022	Septembre 2022	Mai 2022	Fin 2021	
Recrutement	1 infirmier coordinateur pour le suivi des indicateurs		/	/	/
Smartphone	Professionnels	Professionnels	Professionnels	Professionnels	Personnels
Nombre de bénéficiaires suivis par ONIA	59		/	16	1
Critère d’inclusion des PA	Personnes âgées de 75 ans à 85 ans en GIR 4 à 6 qui ne bénéficient pas d'un suivi infirmier		/	GIR-3-4	
Nombre d’auxiliaires de vie utilisant ONIA	32		3	10	1

*Tableau 6 – Montage et déploiement du projet sur les différents terrains*

### III- Présentation du projet aux différents acteurs impliqués

#### 1. Présentation et formation des coordinateurs au tableau de bord

La présentation du projet aux « coordinateurs » impliqués dans le suivi des indicateurs issus de l’application a été réalisée par l’équipe d’ONIA. Une formation au tableau de bord de suivi des indicateurs de santé a été effectuée dans le même temps.



## 2. Présentation et formation des auxiliaires de vie à l'application

Il existe une forte variabilité des modalités de mise en œuvre de la formation des auxiliaires de vie à l'outil ONIA selon les terrains.

Sur le terrain A-1, il était prévu que les auxiliaires de vie soient formées par les deux « **coordinateurs** » puisqu'eux seuls avaient été préalablement formés à l'outil. Finalement, cette formule n'a été mise en œuvre qu'une fois. Les contraintes organisationnelles rencontrées à cette période, ont conduit les « **coordinateurs** » à revoir les modalités de mise en œuvre de la formation et à déléguer cette mission aux secrétaires de la structure employant les auxiliaires de vie, bien que ces dernières n'aient pas été formées au dispositif. Cette formation a eu lieu lors d'une réunion de transmission afin de mobiliser le plus d'auxiliaires de vie possible et d'utiliser un créneau qui était déjà intégré à leur emploi du temps. L'application a été projetée sur un écran et présentée aux auxiliaires. Ces dernières se sont vues attribuer leurs codes d'accès avant d'être mises en situation et de répondre à un questionnaire permettant d'évaluer leur compréhension de l'outil et des différentes fonctionnalités qu'elles allaient utiliser. En cas d'incompréhension ou d'erreur, la secrétaire réexpliquait à l'auxiliaire et revoyait avec elle les passages qui lui avaient posé problème. Malgré cette organisation, les contraintes liées à la gestion du personnel (arrêts maladie, *turn-over*...) n'ont pas permis de former l'ensemble des auxiliaires de vie employées dans la structure au moment de la mise en application de l'outil sur le territoire. Celles qui n'avaient pas pu participer à la formation et qui étaient pourtant désignées comme étant éligibles pour utiliser ONIA, ont donc reçu un document papier récapitulant les éléments requis pour se saisir de l'outil et l'intégrer à leur pratique. Certaines auxiliaires de vie se sont donc auto-formées tandis que d'autres affirment ne jamais avoir bénéficié de formation ou de document leur permettant de se saisir d'ONIA et l'ont donc intégré à leur pratique professionnelle sans préconisations ou explications préalables. Par ailleurs, le temps de formation a dû être pris en charge financièrement par le territoire d'implantation qui a dû avancer les frais, n'ayant pas encore bénéficié des subventions de leurs partenaires départementaux et régionaux : « **[Le créateur d'ONIA] voulait absolument que ce soit au milieu d'une réunion de coordination des... qu'il n'y ait pas une indemnisation entre guillemets pour la formation puis en fait finalement il a fallu... on a mis la main à la poche pour payer ce temps de formation. On a cédé, on a payé, on a financé leur temps de formation pour xxx euros et puis... parce qu'on voyait que ça allait être bloquant pour la mise en place du truc.** » [POR-04]. Sur ce terrain, il avait été préalablement instauré d'attribuer le remplissage d'ONIA uniquement aux auxiliaires de vie en contrat CDI afin d'éviter que le *turn-over* des personnes en contrat court ne vienne perturber la mise en place et la pérennité de l'outil sur le territoire. Les auxiliaires de vie éligibles ont donc bénéficié d'un smartphone professionnel sur lequel était installée l'application.

ONIA a été mis en place sur le terrain A-2 plus d'un an après son déploiement sur le terrain A-1. Cette première expérimentation sur le territoire A-1 et un autre territoire ne faisant pas partie de l'étude a permis aux « **coordinateurs** » de réaliser une première évaluation et de constater que les auxiliaires de vie qui utilisaient ONIA rencontraient des difficultés à s'approprier l'outil et à en comprendre l'objectif. Les 4 « **coordinateurs** » ont donc décidé conjointement de renforcer l'accompagnement des équipes sur les 2 premiers terrains et d'adapter les modalités de la formation dans le terrain A-2. Pourtant, celles-ci semblent avoir été moins efficaces. La formation sur le terrain A-2 s'est déroulée en fin de journée à un horaire tardif, sur le temps personnel des auxiliaires de vie, dans une salle de la structure. Les « **coordinateurs** » de la structure étaient présents avec des membres de l'équipe d'ONIA, car il avait été constaté que les auxiliaires de vie ne les identifiaient pas. Cependant, leur présence n'a eu lieu que par visio-conférence. Par ailleurs, les auxiliaires de vie ne semblaient pas avoir été prévenues en amont du projet ni des raisons de leur mobilisation et n'ont pas compris l'objet de cette présentation ni la



présence des autres acteurs : « Les personnes qui... je ne suis plus capable de dire les noms... » [AUX-03], « c'est vrai qu'on a été un peu dans le flou parce qu'ils ont expliqué tellement de choses que je crois que les ¾ de nous, on a tout oublié... » [AUX-04]. D'après elles, beaucoup d'informations ont été présentées en très peu de temps et les conditions n'étaient pas réunies pour susciter leur attention et garantir leur compréhension du projet : « C'était le soir, le cerveau était ailleurs » [AUX-05].

La présentation du dispositif sur le terrain B-1 s'est effectuée rapidement lors d'une réunion d'information. Seules les auxiliaires de vie présentes le jour de la réunion d'information ont bénéficié de la présentation d'ONIA, sans que les absentes n'aient pu bénéficier d'un résumé ou d'un autre temps de formation. De plus, il ne semble pas y avoir eu de rattrapage pour les absentes ou pour celles n'ayant pas réussi à installer l'application le jour même pour des problèmes techniques.

À l'inverse, la formation sur les terrains C-1 et C-2 était plutôt très aboutie. Une importante présentation a été réalisée avec une vidéo explicative et surtout, une application pratique avec une collègue utilisatrice de l'application a permis de les mettre en situation réelle de répondre au questionnaire. De plus, les auxiliaires de vie n'ayant pas pu assister à cette session de formation sont formées individuellement au fur et à mesure.

### 3. Présentation aux personnes âgées et aidants/recueil des consentements

La présentation du projet ONIA aux personnes âgées et à leurs aidants est très variable selon les terrains.

Sur les terrains A-1 et A-2, ce sont les médecins traitants et les infirmiers coordinateurs qui présentent le projet aux personnes âgées et/ou à leur proche aidant. Lors de cette présentation, il s'agit également de recueillir leurs consentements pour être suivi par le dispositif ONIA. Selon un « coordinateur », le médecin serait plus légitime que l'auxiliaire de vie pour proposer le dispositif au patient, s'agissant d'un outil de suivi médical. De plus, cela permet d'impliquer le médecin traitant dans le projet dès le départ, car c'est bien lui qui est sollicité en cas d'alerte de l'application. Pour autant, lors du recueil de consentement par le médecin, la personne âgée n'est parfois pas en mesure de dire de quelle structure dépend l'auxiliaire de vie qui intervient chez elle. Pour cette raison, il est arrivé que des consentements soient signés mais que la personne ne puisse pas être suivie par ONIA, car dépendant d'une autre structure.

D'après les « porteurs de projet » du terrain B-1, des courriers sont envoyés au domicile des personnes âgées pour présenter le dispositif. Mais contrairement aux autres territoires de l'étude, aucun consentement écrit n'est recueilli. Par ailleurs, les « coordinateurs » chargés du suivi des indicateurs ne sont pas au courant des modalités de la présentation auprès des personnes âgées.

Sur les terrains C-1 et C2, l'auxiliaire de vie est chargée de présenter ONIA aux personnes accompagnées et de recueillir un consentement écrit. Elle doit également glaner quelques informations sur la personne accompagnée telles que les coordonnées du médecin traitant ou les coordonnées d'une personne à contacter en cas d'urgence.

Dans tous les cas, qu'un consentement ait été recueilli ou non, que la présentation ait été clairement réalisée ou non, l'auxiliaire de vie se trouve régulièrement dans la situation de devoir présenter le projet au jour le jour pour pouvoir répondre au questionnaire. Dans le cas des terrains A1 et A2, l'auxiliaire de vie peut se trouver en difficulté pour présenter l'outil ONIA qui est sur prescription médicale, ne se sentant pas toujours légitime de proposer ce dispositif médical. Cependant, cela peut



représenter un atout que la présentation auprès des personnes âgées soit faite directement par l'auxiliaire de vie. D'après un « coordinateur », une famille qui avait refusé de participer au projet a finalement changé d'avis grâce à la relation de confiance nouée avec l'auxiliaire de vie.

## IV- Objectif perçu d'ONIA par les auxiliaires de vie

On observe des degrés de compréhension des objectifs du dispositif ONIA très variables selon les auxiliaires de vie interrogés, qui découlent directement des informations plus ou moins complètes qui ont été communiquées et des conditions (horaire, intervenant, temps accordé...) dans lesquelles ont été réalisées la présentation et la formation dont elles ont bénéficié.

D'un côté, certaines auxiliaires de vie ont une vision plutôt claire des objectifs de l'application. Elles évoquent ainsi le fait que celle-ci vise à éviter les hospitalisations, favoriser le maintien à domicile et l'autonomie, alerter en temps réel le médecin traitant ou gagner du temps pour obtenir un rendez-vous médical.

À l'inverse, d'autres auxiliaires de vie ont une vision très floue des objectifs de l'application : « J'imagine que c'est utilisé pour des statistiques tout ça non n'est-ce pas tous ces outils ? Bref [rires]. On sait bien, mais je veux dire que ça peut être un outil quand même pratique pour nous. » [AUX-15]. Ainsi, certaines pensent, à tort, que l'outil doit être utilisé uniquement chez les personnes âgées ayant déjà un état de santé dégradé et qu'il n'est pas utile de l'utiliser pour les usagers qui vont bien.

## V- Utilisation de l'application

### 1. Fonctionnement de l'application

L'application fonctionne au moyen d'un QR code qui se trouve au domicile des personnes âgées. En scannant ce QR code, l'auxiliaire de vie accède à un questionnaire qui sera rattaché à la personne âgée chez qui elle se trouve.

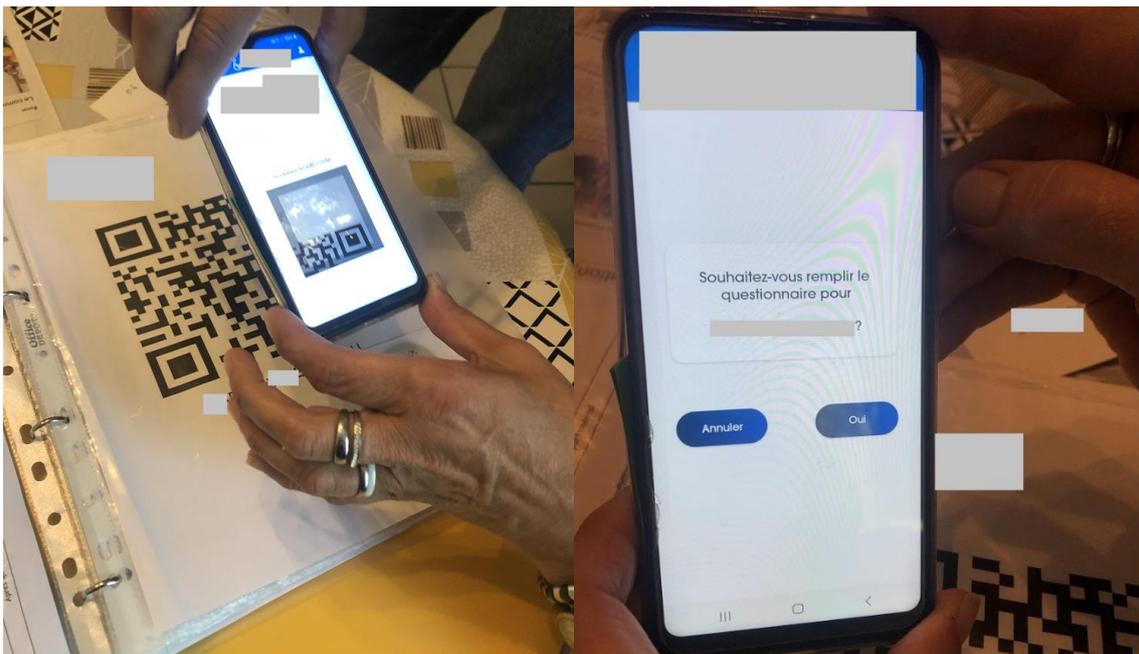


Figure 1 - Scan du QR code de l'application ONIA



Le questionnaire comporte une série de questions réparties en plusieurs rubriques. Le premier thème « ressenti et relations » permet de renseigner son ressenti global sur l'état général de la personne et ses relations aux autres. La rubrique « comportement » comprend des questions sur l'état cognitif de la personne et sur sa manière de communiquer. Le thème « capacités » permet de décrire les capacités physiques de la personne et voir si elle peut se lever, se déplacer, sa vitesse de marche, *etc.* Enfin, la rubrique « observations » comporte diverses questions sur des aspects qui ont pu être observés lors d'une intervention comme par exemple, un gonflement des jambes, des rougeurs, de la fièvre, des douleurs, la prise ou la perte de poids, *etc.*

## 2. Fréquence d'utilisation pour remplir l'application ONIA - consignes d'utilisation et coordination

Sur les terrains A-1 et A-2, il existe une très bonne coordination entre auxiliaires de vie pour remplir l'application ONIA. Elles peuvent consulter leur cahier de transmission ou leur application métier (*cf.* Partie 3 - II- 1. 1. L'utilisation du numérique avant ONIA , p. 55) pour savoir à quels moments elles doivent remplir ONIA ou si cette tâche incombe à une collègue. En effet, dans ces structures, l'utilisation d'ONIA est considérée comme une tâche à part entière et 15 minutes sont décomptées par intervention spécifiquement pour remplir le questionnaire. Les professionnelles ont la consigne d'utiliser ONIA une à deux fois par semaine. Cette fréquence est issue d'une recommandation de l'équipe d'ONIA. S'il arrive, pour des raisons diverses (manque de temps, problème de connexion, refus de la personne...), que les auxiliaires de vie n'aient pas pu remplir le questionnaire, elles l'inscrivent sur le cahier pour que la prochaine intervenante au domicile prenne le relai.

En revanche, sur le terrain B-1, aucune consigne de fréquence d'utilisation n'a été formulée par les « coordinateurs » et les auxiliaires de vie ne se coordonnent pas pour savoir quelle professionnelle remplit l'application tel jour. Cela dit, l'outil est si peu utilisé dans cette structure que la question de mettre en place une coordination n'a peut-être pas été évoquée.

Sur le terrain C-1 et C-2, elles ont la consigne de remplir ONIA au moins 2 fois par semaine mais certaines l'utilisent systématiquement à chaque intervention : « Ils nous disent de le faire au moins 2 fois par semaine, moi si j'avais 5 passages chez une personne, je le ferais 5 fois » [AUX-16].

Dans tous les cas, il ressort qu'ONIA doit être utilisé avec des personnes que les auxiliaires de vie voient régulièrement pour avoir du recul sur la situation et puissent juger de l'évolution d'un état de santé.

## 3. Moment et contexte d'utilisation

Le remplissage du questionnaire dure en moyenne 3 à 5 minutes. ONIA est souvent utilisé en fin d'intervention ou durant le moment de discussion autour d'un café.

Parmi les auxiliaires de vie interrogées, on a pu observer différentes pratiques concernant la façon de répondre au questionnaire. La majorité des enquêtées utilisatrices de l'application utilisent ONIA devant la personne âgée soit en lui posant directement les questions à voix haute soit en n'impliquant pas la personne âgée dans le choix des réponses au questionnaire. Dans le premier cas, elles ne cochent pas nécessairement ce que la personne âgée a formulé si ceci ne lui paraît pas juste. D'autres enquêtées, au contraire, préfèrent s'isoler, dans leur voiture en fin d'intervention par exemple, pour répondre aux questions. Ces dernières expliquent que cela permet de ne pas avoir de remarques de la personne âgée et le fait de remplir ONIA devant elle prendrait plus de temps.



Dans les terrains A-1, A-2, C-1 et C-2, les « coordinateurs » ont formulé clairement la consigne aux auxiliaires de vie de remplir l'application selon leur propre ressenti et leurs observations et de ne pas poser directement les questions à la personne accompagnée mais de s'isoler pour compléter le questionnaire. Cette consigne est issue des recommandations données par l'équipe d'ONIA aux « coordinateurs » lors de la présentation de l'outil.

Malgré cette directive presque générale, il est intéressant de constater que, dans les faits, une majorité d'auxiliaires de vie préfèrent répondre devant et avec la personne et ceci pour plusieurs raisons. Cette consigne peut être perçue négativement par certaines auxiliaires de vie interrogées, car elle impliquerait de dissimuler des choses aux personnes accompagnées. De plus, s'isoler pour répondre nécessite une appropriation progressive du questionnaire ONIA pour obtenir les informations nécessaires au cours de l'intervention. Quand les auxiliaires de vie commencent à connaître de mémoire les questions posées, elles peuvent les amener au fil de la discussion au cours de l'intervention pour que ce soit plus naturel et peuvent ainsi remplir ONIA sans poser directement la question à la personne, notamment quand les questions abordent des signes physiques qui ont pu être constatés au moment de la toilette (rougeurs, jambes gonflées, etc.). Cela dit, une professionnelle qui remplit l'application pour les premières fois et qui ne s'est pas encore approprié totalement le questionnaire ne peut pas complètement s'isoler pour répondre. Enfin, les auxiliaires de vie sont parfois en totale incapacité de répondre aux questions (cf. Partie 2 - VIII- 3. Nature et formulation des questions, p.41) et sont contraintes de se fier à la réponse de la personne âgée.

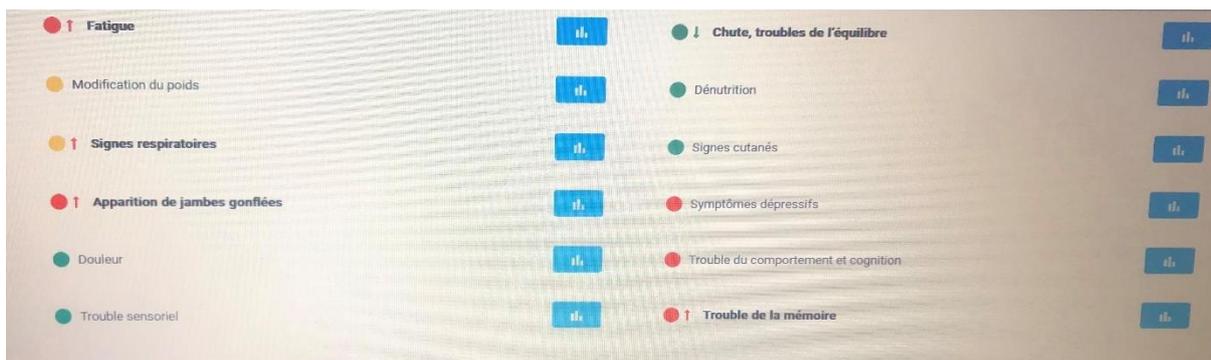
## VI- Utilisation du tableau de bord

### 1. Le fonctionnement et l'utilisation du tableau de bord

Le tableau de bord présente les indicateurs relatifs à l'état de santé des personnes âgées suivies par le dispositif ONIA. Une fois que le questionnaire est rempli par l'auxiliaire de vie, les informations saisies sont traitées par le système d'intelligence artificielle qui génère un certain nombre d'indicateurs sur l'état de santé de la personne âgée. Ces derniers sont représentés par un code couleur allant du vert pour les aspects non inquiétants, orange pour les indicateurs ayant un risque modéré et rouge pour les indicateurs exigeant une vigilance particulière. De plus, des flèches vers le haut ou vers le bas indiquent si l'évolution temporelle de l'indicateur est positive ou négative.

Une fiche par bénéficiaire permet de suivre le détail de tous les indicateurs concernant une personne en particulier (cf. Figure 2 – Indicateurs de santé sur le tableau de bord ONIA, p.37).





**Figure 2 – Indicateurs de santé sur le tableau de bord ONIA**

Une vue d'ensemble avec une ligne par personne âgée suivie par le dispositif ONIA permet d'avoir accès à des indicateurs globaux « Santé », « Gériatrique », etc. et d'observer le nombre de questionnaires saisis par les auxiliaires de vie au cours des derniers 7 jours (cf. Figure 3 - Suivi des bénéficiaires sur le tableau de bord ONIA, p.37).

Alerte	Urgence	Santé	Gériatrique	Nom	Prénom	Date de naissance	Suivi (7j)	Interv. (7j)
-	●	●	●			05/05/1939 (83 ans)	1	0
-	●	●	●			17/10/1940 (81 ans)	1	0
-	●	● ↓	●			<b>20/12/1935 (86 ans)</b>	1	2
-	●	●	●			05/08/1934 (87 ans)	1	0
-	●	●	●			09/04/1932 (90 ans)	0	0
-	●	●	●			23/04/1932 (90 ans)	0	0
-	●	●	●			04/06/1934 (88 ans)	0	0
-	●	● ↑	● ↑			22/02/1938 (84 ans)	0	0

**Figure 3 - Suivi des bénéficiaires sur le tableau de bord ONIA**

Au préalable, les « coordinateurs » saisissent les informations relatives à la personne suivie dans la base de données (coordonnées des proches aidants, coordonnées du médecin traitant...) ce qui permet de générer un QR-Code que l'auxiliaire de vie utilise ensuite pour remplir le questionnaire.

L'accès au tableau de bord est sécurisé par une double identification et sa consultation est assez variable selon les terrains. Sur les terrains A-1 et A-2, les « coordinateurs » se connectent tous les jours et reprennent l'intégralité des questionnaires afin d'avoir une vue d'ensemble des réponses et vérifier si les alertes générées sont fondées ou non tandis que sur le terrain B-1, ils le font une fois par semaine et ne lisent pas nécessairement les questionnaires remplis. De manière générale, cela demande un certain investissement en temps pour suivre le tableau de bord. Certaines structures de l'étude ont d'ailleurs recruté des personnes qui sont chargées spécifiquement de ce suivi.

Lorsque l'algorithme estime que la situation présente un risque de dégradation de l'état de santé important, le système génère une alerte qui est reçue sur le téléphone des « coordinateurs ».



## 2. L'interprétation des indicateurs

Il ressort de l'ensemble des entretiens auprès des « coordinateurs » que les acteurs ne se fient pas uniquement aux alertes ou aux gommettes générées par le système ONIA. Cela leur demande un effort de réinterprétation des différents indicateurs pour juger si l'alerte est réellement inquiétante.

Pour cela, ils prennent notamment en compte la connaissance des patients, de leur environnement, de leur entourage et de leur état de santé global : « Si on sait que la personne n'a pas de famille à proximité et qu'il y a une baisse au niveau état dépressif moral. Ouais, je ne réagis pas de la même façon en tout cas, s'il y a un entourage ou s'il n'y en a pas. » [COO-01]. Par exemple, si l'état de santé d'une personne est connu comme étant dégradé mais stable et ne nécessite pas une prise en charge particulière, le « coordinateur » ignorera l'alerte. Une enquêtée évoque aussi la variabilité des réponses données par les personnes âgées vis-à-vis de la même problématique : « Puis sa capacité face aux problématiques aussi puisqu'il y a des personnes avec une pathologie certes neurologique qui va être présente, qui a de grande difficulté, une grande fatigabilité, un aspect trouble de l'humeur qui va se déclencher. Vous avez une autre personne avec la même pathologie qui ne va pas vivre les choses de la même manière. Vous voyez, on n'est pas égaux dans la résistance physique et psychique. Donc automatiquement, l'objectif c'est quand même de s'adapter à chaque situation et à chaque personne. » [COO-01].

De plus, suite à une alerte, les « coordinateurs » relisent les questionnaires remplis par les auxiliaires de vie et il peut leur arriver de solliciter l'auxiliaire de vie afin d'avoir plus d'éléments pour interpréter le niveau de l'indicateur.

Ainsi, on observe bien que le tableau de bord nécessite un important travail de réinterprétation et les acteurs n'accordent pas une entière confiance en l'algorithme.

## 3. La prise de décision en cas d'alerte

Sur les terrains interrogés, l'utilisation d'ONIA reste récente et relativement faible donc peu d'alertes ont réellement été générées.

Un « porteur » évoque le fait qu'il a pu identifier une dégradation d'un état de santé que l'auxiliaire de vie n'avait pas constaté et que cela a permis de mettre en place un suivi particulier pour la personne âgée. De même, un « coordinateur » explique qu'il a donné la consigne à l'auxiliaire de vie d'être plus vigilante concernant l'état de santé d'une personne âgée suite à une alerte apparue sur le tableau de bord. D'après un aidant interrogé, suite au suivi ONIA, la structure a organisé la mise en place d'une activité physique douce pour son proche.

Sinon, le reste des propos recueillis restent hypothétiques, les situations ne se sont pas réellement produites. Certains évoquent la possibilité d'appeler les proches aidants, de solliciter le médecin traitant pour vérifier la date de la prochaine consultation médicale et d'en mettre une en place si besoin ou d'orienter le patient vers des spécialistes tel qu'un assistant social, un ergothérapeute (pour vérifier que l'environnement de la personne soit adapté) ou un infirmier (pour traiter une rougeur par exemple).

Quoi qu'il en soit, il n'existe pas de procédure à suivre concernant la communication à opérer en cas d'alerte générée par le tableau de bord. Les « coordinateurs » réagissent selon « notre jugement et notre formation ».



## VII- Les relations entre chaque acteur dans le cadre de l'utilisation d'ONIA

### 1. Relations professionnelles dans le cadre d'ONIA

Les temps d'échanges spécifiques consacrés à l'outil ONIA sont très variables selon les terrains. Dans la structure C-1, on observe un investissement important du « coordinateur » pour relancer la dynamique des auxiliaires de vie sur l'application. Durant les réunions hebdomadaires, elles abordent, pendant une dizaine de minutes, toutes les situations de dégradation d'un état de santé identifiées par le tableau de bord. Pour cette enquête, c'est également l'occasion de rappeler aux auxiliaires de vie de bien remplir l'application régulièrement et ainsi de maintenir une certaine dynamique. Sur les terrains A-1 et A-2, on observe une très bonne coordination préexistante à l'outil qui facilite les échanges professionnels mais ils n'organisent pas de points réguliers spécifiquement consacrés à ONIA. En revanche, sur la structure B-1, il existe très peu d'échanges professionnels de manière générale et encore moins autour de l'outil ONIA. Elles ne discutent pas du dispositif lors de leur réunion d'information ayant lieu tous les 2 mois. De plus, les auxiliaires de vie interrogées ne savent pas si des collègues utilisent l'application et même le « coordinateur » s'est montré surpris lorsqu'il s'est aperçu sur le tableau de bord qu'une auxiliaire de vie l'utilisait.

Par ailleurs, de manière générale, les auxiliaires de vie interrogées n'identifient pas bien les personnes impliquées dans le projet ONIA et qui traitent les informations de remontées de terrain, y compris quand elles font partie de leur propre structure.

Les échanges avec l'équipe d'ONIA se font *via* les « coordinateurs », les auxiliaires n'échangent pas directement avec les responsables de l'application. Selon les enquêtées, le créateur d'ONIA est très disponible pour répondre à leurs demandes et répond rapidement. Elles échangent ponctuellement sur des bugs de l'application ou des propositions d'évolutions à apporter à l'outil (cf. Partie 2-VIII- 4. Évolutions de l'application - propositions d'amélioration, p.43). Comme évoqué précédemment (cf. Méthodologie - IV- Suivi du projet et calendrier, p.16), ONIA a organisé une réunion nationale des « coordinateurs » rassemblant des professionnels de tous les territoires ayant mis en place le dispositif. Une dizaine de professionnels, représentant environ 5 structures, ont participé à cette journée. L'équipe ONIA a présenté les résultats de leurs dernières publications et enquêtes puis des ateliers étaient organisés pour comprendre collégialement quels pouvaient être les freins et les leviers à l'implication des auxiliaires de vie, médecins et infirmiers dans le dispositif.

### 2. Circuit de l'information, informations données à l'auxiliaire de vie sur les décisions prises en cas d'alerte

En cas d'alerte, les auxiliaires de vie reçoivent un SMS automatique généré par le système ONIA avec le prénom de la personne âgée en question et des encouragements à poursuivre l'utilisation régulière de l'application. Cependant, ce SMS ne permet pas aux auxiliaires de vie d'identifier avec exactitude quelle personne âgée est concernée par cette alerte, car plusieurs usagers portent le même prénom : « Il n'y a pas suffisamment de détails pour qu'on sache de qui ils parlent. Comme on ne rentre que des données donc de toute façon... » [AUX-06].



Globalement, les auxiliaires de vie expriment ne pas avoir de retours sur les retombées de leurs saisies. Mis à part la possible génération d'une alerte, elles ne savent pas comment sont traitées les informations et n'identifient pas tous les acteurs impliqués sur leurs territoires. Le circuit de l'information est indéniablement flou pour les auxiliaires de vie « **On est toujours dans le vague à chaque fois, même nous, ce qu'on a répondu avant, on n'est pas censée se rappeler. [Rires] si ça se dégrade ou si ça s'améliore.** » [AUX-03] et a d'ailleurs été expliqué à plusieurs reprises par l'enquêteur à la fin des entretiens à la demande des enquêtées. Pourtant, du point de vue des « **coordinateurs** », les auxiliaires de vie sont bien informées avec des points réguliers et ont la possibilité de les contacter. Un auxiliaire de vie interrogée explique avoir été sollicitée par la structure pour aider à interpréter une alerte, mais n'a pas été informée de la suite.

Sur le terrain C-1, il a été décidé d'internaliser le suivi du tableau de bord directement au sein de la structure « **collecteur** » afin que le traitement des informations ait lieu à proximité des auxiliaires de vie.

Pourtant les auxiliaires de vie sont en demande de mieux comprendre le circuit de l'information. Plusieurs enquêtées expriment le fait qu'il serait intéressant de voir ce qu'ont répondu leurs collègues afin de savoir si une situation a évolué depuis le dernier remplissage. L'une évoque l'idée de mettre en place un cahier ONIA qu'elles pourraient feuilleter pour avoir accès aux anciennes réponses de l'application.

## VIII- Limites rencontrées dans la mise en place ou l'utilisation d'ONIA et perspectives d'évolution

### 1. Problèmes techniques

L'utilisation d'ONIA a occasionné un certain nombre de difficultés techniques.

Premièrement, cette application nécessite une connexion internet et les auxiliaires de vie peuvent être confrontées à des difficultés pour obtenir une connexion au réseau, notamment dans les territoires ruraux : « **ça m'énerve, je n'ai pas envie de passer mon temps là-dessus. Ben ils ont dit, ça fonctionne en Edge, mais là-bas je n'avais pas d'Edge, je n'avais rien du tout, donc ça ne fonctionnait pas. Et puis si je passe un quart d'heure à essayer que ça marche sur mon téléphone, les gens ne vont pas aimer** » [AUX-05]. Une enquêtée a d'ailleurs abandonné l'utilisation d'ONIA pour cette raison : « **Ça ne marche jamais, justement c'est pour ça que j'ai arrêté [...] J'ai dû aller dehors, donc ce n'est pas terrible !** » [AUX-05].

De plus, l'étape de connexion peut poser des difficultés, car l'application n'enregistre pas les codes d'accès. Cela nécessite de réitérer l'identification à chaque utilisation en saisissant son identifiant et son mot de passe, ce qui représente quelques minutes supplémentaires et, selon certaines auxiliaires de vie, cela peut représenter un frein à son utilisation. Il peut arriver également que les utilisatrices oublient leurs codes d'identification et ne puissent pas utiliser l'application pendant certains jours le temps que les « **coordinateurs** » leur créent de nouveaux codes d'accès. Cela implique néanmoins que les auxiliaires de vie fassent la démarche de récupérer ces codes, mais certaines ne font pas cette démarche et décident d'abandonner l'utilisation d'ONIA à cette étape.

Un « **porteur de projet** » évoque la difficulté que peut représenter le fait de gérer des listes de bénéficiaires et de consentement en termes de RGPD.



## 2. Problème d'implication des acteurs

La mise en place du dispositif s'est heurtée à la difficulté d'impliquer les acteurs concernés par le projet : auxiliaires de vie, personnes âgées, proches aidants, etc. Cet outil, encore au stade expérimental, reste très peu utilisé dans les territoires enquêtés et cela s'explique en partie par ce problème d'implication des acteurs.

Au niveau des personnes âgées, les objectifs d'inclusion des personnes dans le dispositif sont difficiles à atteindre avec les recueils de consentement qui se heurtent à un certain nombre de refus. Même une fois inclus dans le projet, certains usagers se débarrassent du QR code, sans lequel le questionnaire ne peut pas être saisi par l'auxiliaire de vie.

De plus, l'investissement dans le projet a tendance à s'essouffler avec le temps et les « coordinateurs » évoquent la nécessité de relancer la dynamique auprès des auxiliaires de vie régulièrement en faisant des rappels en réunion chaque semaine. Mais ces dernières admettent que cela demande un important investissement qui peut être « chronophage » [COO-03] : « un gros travail d'appropriation de l'outil et d'engagement des équipes pour être toujours derrière » [POR-02]. D'ailleurs, sur les terrains C-1 et C-2, il avait initialement été prévu de déployer l'outil ONIA auprès des proches aidants des personnes âgées. Or, il s'est avéré que cette expérience s'est soldée par un échec, car les aidants ne se sont pas suffisamment impliqués dans le projet, ce qui met en évidence cette nécessité de relancer régulièrement la dynamique des acteurs.

Au niveau des auxiliaires de vie, le *turn-over* propre à la profession (cf. Partie 1-III- Perception du métier et représentations sociales, p.27) est un vrai frein à la mise en place du dispositif ONIA. Pour les « coordinateurs », cela implique de prévoir une formation à l'outil pour chacune des nouvelles arrivantes dans la structure : « Former au compte-goutte les nouveaux est une vraie problématique » [POR-03]. De plus, une auxiliaire de vie interrogée souligne que l'outil est peu adapté pour les remplaçantes qui n'ont pas suffisamment de recul sur les situations des personnes âgées suivies pour pouvoir renseigner le questionnaire. Par ailleurs, certaines auxiliaires de vie montrent des résistances vis-à-vis du numérique. C'est surtout le cas des générations d'auxiliaires de vie les plus anciennes. Ces dernières montrent davantage de réticences à l'utilisation de l'outil ONIA.

Selon les propos des « coordinateurs », le manque de régularité dans le remplissage de l'application ONIA aurait pour conséquence de fausser les résultats de l'algorithme avec l'idée que cela occasionnerait des trous dans le suivi des personnes âgées que ce qui redémarrerait le suivi de zéro : « On se rend compte que, souvent, quand il n'y a qu'un questionnaire par semaine, ça nous fausse. Enfin, c'est plutôt l'algorithme que ça fausse parce que comme nous on lit les questionnaires, on se base vraiment sur le questionnaire, mais ça remet en cause le calcul et la pertinence de l'algorithme. C'est pour ça que c'est important pour nous qu'ils remplissent le questionnaire. » [COO-06]. Cette idée revient également dans le discours de certaines des auxiliaires de vie interrogées.

## 3. Nature et formulation des questions

La nature ou la formulation des questions ont pu poser des difficultés aux auxiliaires de vie interrogées.

Premièrement, certaines questions comportent des réponses trop évidentes selon les auxiliaires de vie et elles ne se sentent pas à l'aise de les poser. Elles ne seraient notamment pas adaptées lorsque les personnes âgées vont bien : « Pour eux, on leur pose cette question-là, mais entre guillemets, on se trouve un peu bête enfin voilà, mais... l'appétit, enfin oui, pourquoi poser cette question. » [AUX-09]. Cela dit, d'après les consignes du créateur de l'outil et celles données par les « coordinateurs »



auxiliaires de vie, les questions n'ont pas vocation à être posées (cf. Partie 2 -V- 3. Moment et contexte d'utilisation, p. 35), il ne s'agit pas d'un défaut de construction du questionnaire mais d'usage de ce dernier par les auxiliaires de vie.

De plus, les auxiliaires de vie interrogés ont mentionné le manque de précision des questions avec la limite posée par le fait de répondre à des questions binaires. Les enquêtées ont notamment souligné le caractère subjectif des réponses : « Il y en a d'autres qui vont penser qu'elle est fatiguée alors que si on connaît la personne, on ne va pas trouver plus que ça ! Elle est fatiguée, mais sans plus » [AUX-05].

Par exemple, dans la question « *A fait sa toilette : oui – non* », les enquêtées expliquent qu'elles se sont demandées s'il était entendu que la personne ait fait sa toilette seule, avec l'aide de l'auxiliaire de vie ou encore à l'aide d'une aide-soignante qui serait passée plus tôt dans la journée ce qui correspond à des situations très différentes. Ceci peut impliquer des réponses discordantes selon les utilisateurs d'ONIA à une même question. Dans le cas d'une des structures de cette étude, cela a occasionné la génération d'une alerte sur le tableau de bord d'ONIA et elles se sont rendus compte lors d'une réunion de service que celle-ci était due aux différentes interprétations de la même question : « Voilà c'était un truc tout bête. C'est le cas d'une personne, là il y a un intérêt de faire ONIA parce que la situation évolue. Mais, on y va pour les toilettes et, par exemple, mes collègues mettaient qu'elle faisait sa toilette toute seule. Moi j'ai mis « non » parce que clairement, je lui fais donc c'est qu'elle ne la fait pas. Mais là, il y avait une mauvaise utilisation d'ONIA. Ça, c'est le premier point d'alerte. Cette dame a chuté, deuxième point d'alerte. Il y a une question sur les chutes, moi j'ai mis qu'elle avait chuté. Les pompiers sont venus la relever mais elle a chuté parce qu'elle s'est pris les pieds dans un truc et que c'est une personne en situation d'obésité, pas capable de se relever toute seule. Mais voilà, on le note parce qu'il faut, mais ce n'est pas une chute due à une perte de connaissance, à une dégradation, etc. Donc ça fait 2 points d'alerte. Et troisième point d'alerte, c'est qu'elle avait une rougeur sous le ventre parce que j'ai une de mes collègues qui l'avait mal séchée. Donc c'est 3 points d'alerte font qu'automatiquement ça nous appelle. Mais en fait il n'y aurait pas dû avoir d'appel par exemple. Si mes collègues déjà avaient bien noté que non, elle ne faisait pas sa toilette toute seule parce que ce n'est pas possible, elle est en situation d'obésité, elle n'est pas capable de la faire toute seule. Donc ça, ça a été vu maintenant ils vont bien mettre qu'elle ne fait pas sa toilette. Donc déjà ça ne déclenchera pas d'alerte, il n'y aura pas 3 points de... L'utilisation, c'est vrai qu'elle n'est pas toujours... » [AUX-06].

De la même façon, plusieurs enquêtées mentionnent l'impossibilité d'apporter des précisions dans le questionnaire : « c'est frustrant de ne pas pouvoir argumenter, développer sa réponse » [AUX-20]. Par exemple, si la personne âgée a mal aux gencives, une auxiliaire de vie explique ne pas avoir su répondre à la question « *la personne a-t-elle mal aux dents ?* » et aurait souhaité pouvoir le préciser dans une case commentaire.

De plus, ONIA comporte des questions obligatoires qui nécessitent une réponse pour pouvoir passer à la suite du questionnaire. Mais certaines enquêtées expliquent inscrire une réponse aléatoire lorsqu'elles ne connaissent pas la réponse pour pouvoir continuer de répondre. Il n'existe pas de modalités « *ne peut pas répondre* » pour éviter de fausser les résultats.

Pourtant, les auxiliaires de vie se trouvent souvent en incapacité de répondre aux questions. Pour répondre à certaines questions concernant la toilette, les rougeurs ou les jambes gonflées, il est nécessaire d'avoir réalisé une toilette au cours de l'intervention, ce qui n'est pas toujours prévu selon le moment de la journée. De plus, certaines personnes âgées ne discutent pas et se déplacent dans



une autre pièce pendant l'intervention de l'auxiliaire de vie qui ne peut pas lui poser des questions sur son état de santé général.

Plusieurs auxiliaires de vie évoquent également la difficulté posée par les doubles négations de certaines questions. Par exemple, la question « *n'a pas mangé : oui – non* » implique des ambiguïtés dans les réponses des enquêtés qui peuvent répondre « *oui* » dans la situation où la personne âgée n'a pas mangé ou « *oui* » dans la situation inverse avec l'idée que « *oui, elle a mangé* ».

#### 4. Évolutions de l'application - propositions d'amélioration

L'utilisation de l'application ONIA a suscité un certain nombre de propositions d'évolutions de l'outil émanant directement des auxiliaires de vie utilisatrices de l'application.

Dans une des structures de cette étude, elles ont demandé aux développeurs de l'outil d'ajouter des parties du corps dans les modalités des réponses pour pouvoir préciser la localisation des rougeurs et des douleurs.

Une case « commentaire » a également été ajoutée à la fin du questionnaire suite à une demande des auxiliaires de vie. Mais certaines enquêtées souhaiteraient qu'un commentaire soit possible à chaque question : « Si, à la chute, il y avait une case « commentaire », j'aurais très bien pu mettre qu'elle est tombée parce qu'elle s'est pris les pieds dans la chaise qui est trop près de son truc. Je dirais plus que c'est à l'ergo de passer derrière pour aménager » [AUX-06]. Cependant, il semblerait que cette case « commentaire » s'accompagne d'une série de questions supplémentaires (tensions, température, poids, etc.) qui nécessitent du matériel pour pouvoir répondre, conduisant les auxiliaires de vie à renoncer d'écrire un commentaire : « À la fin du questionnaire ONIA, avez-vous d'autres commentaires ? Le problème c'est que, quand on clique sur cette question, on nous demande la tension, la température, le poids et je ne sais plus quoi, mais malheureusement chez certaines personnes, on n'a pas le matériel qu'il faut, on n'a pas de tensiomètre, souvent il y en a qui n'ont pas de thermomètre, donc vous voyez, je trouve ça un peu dommage. Et quand on veut mettre un commentaire sans remplir ces cases-là, et bien on ne peut pas, donc on met qu'on n'a pas de commentaires à mettre. » [AUX-17] « On a remarqué que, quand on clique sur ce truc-là, on a tout un truc à remplir, la tension, la fièvre, etc., mais nous, on n'a pas toujours un appareil pour prendre la tension et puis les gens n'ont pas ça chez eux spécialement, donc si on ne remplit pas tout ça, on ne peut pas mettre le commentaire. » [AUX-18]

L'idée d'ajouter une modalité de réponse « *ne peut pas répondre* » est revenue très régulièrement dans les entretiens.

Plusieurs auxiliaires de vie souhaiteraient que le QR-Code soit intégré directement dans leur outil de travail existant pour éviter de dédoubler les scans.

Plusieurs enquêtées ont également exprimé le souhait d'un questionnaire plus complet avec notamment l'ajout de questions sur l'isolement de la personne âgée qui pourrait avoir des répercussions sur sa santé mentale et représenter un risque de dégradation de son état général : « Il y a des questions qui pourraient être rajoutées. Est-ce que la personne est isolée ? Parce que la famille, c'est hyper important (...) Une personne qui ne voit personne du lundi au dimanche quand on n'est pas là, ils devraient s'inquiéter aussi de la vie sociale des personnes. Il y aurait peut-être de l'amélioration à faire. Il y a certainement des associations qui existent pour rendre visite à ces personnes isolées. La solitude, c'est comme une maladie, c'est hyper important. Solitude rime avec dépression, dégradation. Pour moi, c'est un petit manque, on devrait prendre aussi des nouvelles de la personne, est-ce qu'elle a vu du monde cette semaine ? Est-ce que les enfants sont venus ? » [AUX-17], « Peut-être pas... du



genre souffrez-vous de la solitude ? Ils vont dire « oui ». Mais par derrière, amener à « est-ce que vous voyez régulièrement votre famille, des amis, vos voisins ? À quelle fréquence ? » Et là je pense qu'on aurait des surprises. Peut-être cibler sur la solitude parce que la solitude, ça engendre beaucoup de problèmes après. » [AUX-14].

## IX- Synthèse : Réception du projet par l'auxiliaire de vie – typologie

Il ressort de cette partie que la question de l'appropriation du projet par l'auxiliaire de vie est réellement centrale dans la mise en place d'un outil numérique tel qu'ONIA dans le métier d'accompagnement à domicile. Comment chaque professionnelle va s'emparer de l'outil ? Quel sera le niveau d'implication et d'adhésion ?

À la première lecture du matériau, deux groupes semblaient se distinguer parmi les auxiliaires de vie interrogées dans cette étude : d'un côté celles qui avaient une bonne appréhension de l'outil et qui avaient une perception positive vis-à-vis du dispositif et de l'autre côté, des auxiliaires de vie ayant une compréhension très vague des objectifs de l'application, une mauvaise appréhension et un point de vue d'ONIA relativement négatif. À ce stade, il est ainsi apparu intéressant de réaliser une typologie des auxiliaires de vie afin de mieux décrire les différents modes de réception du projet parmi les auxiliaires de vie elles-mêmes au regard de la manière dont le projet a été déployé. Ceci permettra ensuite de faire un parallèle entre la mise en place du projet présenté dans la Partie 2 et les différents impacts sur le métier d'auxiliaire de vie développés dans la partie suivante (cf. Partie 3 - Impact du numérique dans le métier d'accompagnement à domicile, p.49).



## Les différents modèles d'approches des typologies

Les notions de typologies, taxinomies ou encore classifications sont régulièrement mobilisées dans les travaux de sciences sociales. À l'origine, dans la littérature, deux grands types de typologies se distinguent. Tout d'abord, la démarche de Durkheim, qui parle de « types sociaux » ou « classification » qui « *doit, avant tout, avoir pour objet d'abrégé le travail scientifique en substituant à la multiplicité indéfinie des individus un nombre restreint de types* » (Durkheim, 1894). Cette approche « positiviste » vient dans le prolongement des pratiques scientifiques de l'époque qui consistaient à rapprocher les cas similaires des espèces animales ou végétales dans des groupes plus généraux afin d'aboutir à une classification. Par ailleurs, on trouve l'analyse « idéale-typique » développée par Weber qui relève de la sociologie « compréhensive » (Weber, 1965). Les idéaux-types sont des abstractions théoriques qui permettent de comprendre les logiques à l'œuvre dans le monde réel. Il s'agit d'un « concept limite » qui consiste à mesurer la distance entre l'idéaltype construit théoriquement avec la réalité empirique. La logique de ces deux approches est totalement différente. Tandis que la démarche durkheimienne, plutôt inductive, part des cas particuliers pour les classer dans des groupes, la typologie wébérienne, plutôt déductive, part des idéaux-types, construits théoriquement, auxquels vont être comparés les cas particuliers.

L'article de Tom Chevalier (Chevalier, 2022) vise à présenter les différentes formes de typologies, concept qu'il définit ainsi : « *une typologie renvoie aux recherches comparatives mobilisant des types stylisés permettant d'ordonner et de donner du sens à la diversité empirique des cas singuliers* ». Selon lui, les deux approches historiques de la typologie (Durkheim vs Weber) ne reflètent pas la réalité de l'usage des typologies dans les travaux en sciences sociales contemporains. Il propose une « *typologie des typologies* » en différenciant le mode d'élaboration des types et leur usage et opérationnalisation. Le mode d'élaboration des types se distingue selon que l'ancrage soit empirique (induction) ou théorique (déduction). Parallèlement, Tom Chevalier différencie les typologies qui visent à assigner chaque cas particulier à des types généraux, mutuellement exclusifs, et celles qui évaluent la distance entre les cas particuliers et les types théoriques. Il aboutit finalement à 4 types de typologies présentées dans le tableau **Erreur ! Source d u renvoi introuvable.** : la typologie « *classificatrice* », la typologie « *taxinomique* », la typologie « *explicatrice* », et la typologie « *idéale-typique* » (cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

		Élaboration des types	
		Ancrage empirique (datadriven) Induction	Ancrage théorique (theory-driven) Déduction
Usage des types	Centrée sur les groupes (cluster-oriented)	Typologie classificatrice	Typologie explicatrice
	Centrée sur les cas (case-oriented)	Typologie taxinomique	Typologie idéal-typique

**Tableau 7- La typologie des typologies de Tom Chevalier**

Dans le cadre de la présente étude, une typologie bidimensionnelle est proposée, combinant deux types de typologies.

Dans un premier temps, une typologie de type « explicatrice » a été adoptée afin de décrire les différents niveaux d'appropriation de l'outil ONIA par les auxiliaires de vie.

## Typologie explicatrice

Une réflexion théorique a été réalisée en amont afin de déboucher sur des hypothèses prédictives sur l'assignation des cas particuliers aux types généraux : « *Le mérite de ces typologies est de pouvoir à la fois classer tous les cas mais aussi d'expliquer pourquoi chaque cas se retrouve dans tel ou tel type grâce à une théorisation qui permet des prédictions* ». Pour construire de telles typologies, on peut avoir recours à la construction d'indices ou d'indicateurs, telle que la technique de la *qualitative comparative analysis* (QCA) permettant d'évaluer l'appartenance des cas particuliers aux types généraux.

Suite à une analyse exploratoire à la fois des données et de la littérature, 5 conditions explicatives ont été retenues afin d'identifier le niveau d'appréhension de l'outil. Il est fait l'hypothèse que l'appropriation de l'outil ONIA par les auxiliaires de vie est déterminée en amont par plusieurs aspects liés à la mise en place et au déploiement du projet dans les différentes structures :

- **La présentation et la formation des auxiliaires de vie et le délai entre la formation et l'utilisation effective de l'application.** Comme décrit dans la Partie 2 (cf. Partie 2 -III- Présentation du projet aux différents acteurs impliqués, p.31), la présentation et la formation des auxiliaires de vie à l'outil ONIA a pris des formes très différentes selon les territoires. Dans certains cas, la formation était très aboutie avec une présentation théorique suivie d'une application pratique en binôme avec une collègue utilisatrice de l'application. À l'inverse, dans certaines structures, la formation a pu être organisée sur un temps très court, avec des conditions peu optimales (en visio et tard le soir). Aussi, certaines auxiliaires de vie n'étaient pas présentes le jour de la formation et n'ont pas pu bénéficier d'une présentation de l'outil.
- **L'ancienneté d'utilisation** : Il est supposé que plus l'utilisation d'ONIA est ancienne, plus l'appropriation de l'outil est aboutie.
- **Les temps d'échanges spécifiques consacrés à l'outil et l'investissement des coordinateurs pour relancer la dynamique** : qui est, on l'a vu dans la Partie 2 (cf. Partie 2 -VII- Les relations entre chaque acteur dans le cadre de l'utilisation d'ONIA, p.39), très variable selon les terrains. On fait l'hypothèse que cet aspect va également influencer positivement sur la manière dont l'auxiliaire de vie va se saisir du projet.
- **Aisance avec le numérique** : il est postulé qu'une mauvaise aisance avec le numérique va être un frein dans l'appropriation du projet.
- **Compréhension des objectifs de l'application** : enfin nous faisons l'hypothèse qu'une bonne compréhension des objectifs du projet ONIA favoriserait une bonne appropriation de l'outil.

À partir de ces différents éléments, un **indice d'appréhension de l'outil** a été construit pour évaluer le niveau d'appropriation des auxiliaires de vie vis-à-vis du projet ONIA. Ce score a été conçu via un



gradient de -5 à 5 à l'issue d'une « phase de calibration » qui « *consiste, pour chaque cas étudié, à déterminer s'il se situe plutôt à l'intérieur ou à l'extérieur d'un ensemble préalablement défini, pour chacune des conditions. Cela signifie qu'on ne raisonne pas simplement en termes binaires (oui/non), mais qu'on s'autorise à distinguer les cas à la fois qualitativement (condition plutôt présente vs plutôt absente) et quantitativement.* » (Depeyre & Vergne, 2017). Ainsi, lorsqu'une condition était plutôt présente un score de 1 était affecté et lorsque la condition était plutôt absente, un score de -1 a été donné. Le gradient d'appropriation correspond à la somme des différents scores attribués aux auxiliaires de vie pour chaque condition explicative. Il prend des valeurs allant de -5 à 5.

Cette première typologie « explicatrice » a permis d'identifier deux groupes d'auxiliaires de vie selon que l'indice d'appropriation de l'outil soit positif ou négatif (cf. Tableau 8).

Auxiliaire de vie interrogée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Score d'appropriation	1	-5	-1	3	-3	1	-1	-5	1	-1	-5	-5	-5	-3	-3	-3	5	5	5	5
Groupe d'appropriation	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2

**Tableau 8 - Score d'appropriation**

Dans un deuxième temps, une typologie de type inductive « **typologie taxinomique** » a été réalisée afin d'identifier le type de point de vue de l'auxiliaire de vie vis-à-vis de l'application ONIA selon que celui-ci soit plutôt positif ou négatif. Cette typologie s'est faite directement à partir des données empiriques. Une thématique d'analyse « **Réception du projet** » a permis d'identifier rapidement la perception de l'enquêtée vis-à-vis du dispositif. Les auxiliaires de vie ont ensuite été réparties en deux groupes selon leur perception plutôt positive (groupe 2) ou négative de l'outil (groupe 1) (cf. Tableau 9).

Auxiliaire de vie interrogée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Groupe de perception	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2

**Tableau 9 - Groupe de perception**

Finalement, ces deux typologies intermédiaires ont permis de construire une typologie bidimensionnelle croisant ces deux typologies constituées chacune de deux modalités et débouchant sur une matrice de 2\*2 où chaque case correspond à un type. 3 groupes d'auxiliaires de vie se distinguent : « les convaincues », « les sceptiques » et les « réfractaires » (cf. Tableau 10).



	Perception positive	Perception négative
Bonne appropriation	<b>Les convaincues</b>	<b>Les sceptiques</b>
Mauvaise appropriation	<b>Les sceptiques</b>	<b>Les réfractaires</b>

**Tableau 10 - Typologie bidimensionnelle**

Le plus grand groupe est constitué des « réfractaires » avec 10 auxiliaires de vie, « les convaincues » représentent quant à elles 6 enquêtées tandis que les sceptiques comptent 4 auxiliaires de vie. La répartition des enquêtées se trouve dans le Tableau 11 ci-dessous.

Auxiliaire de vie interrogée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Groupe d'appropriation	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Groupe de perception	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Groupe bidimensionnel	2 <sup>12</sup>	1	2	3	2	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3

**Tableau 11 - Répartition des auxiliaires de vie par groupe**

<sup>12</sup> Le groupe 1 correspond au groupe des « réfractaires », le groupe 2 à celui des « sceptiques » et le groupe 3 est le groupe des « convaincues ».



# Partie 3 Impact du numérique dans le métier d'accompagnement à domicile

## I- Impacts d'ONIA sur le métier de l'auxiliaire de vie

La mise en place du dispositif ONIA étant encore à un stade expérimental, l'observation d'un impact sur le métier de l'auxiliaire de vie est rendue difficile. Son déploiement est récent et on dispose de peu de recul pour évaluer ses potentiels impacts.

### 1. Impact d'ONIA sur l'organisation du travail, les missions ou la charge de travail de l'auxiliaire de vie

La majorité des auxiliaires de vie utilisatrices de l'application ONIA affirment que son utilisation ne représente pas une charge de travail supplémentaire et ce, quel que soit leur groupe d'appartenance (« les convaincues », les « sceptiques » ou les « réfractaires »). Cela dit, un « porteur de projet » avance l'idée que cela exige malgré tout une certaine « force de persévérance » [POR-04] de la part des auxiliaires de vie et un « coordinateur » explique que cela peut générer du stress, notamment pour les utilisatrices peu à l'aise avec l'outil. Dans les structures A-1 et A-2, 15 minutes supplémentaires par intervention sont dédiées à ONIA, cela compte comme une tâche à réaliser.

Toutefois, l'utilisation d'un tel outil nécessite un certain temps d'appropriation. Au départ, avant l'utilisation effective d'ONIA, les auxiliaires de vie seraient réticentes vis-à-vis du temps supplémentaire à y consacrer, mais, une fois utilisé, elles seraient rassurées sur cette inquiétude : « au début, je me disais ça va être long, les gens vont répondre aux premières questions, ils vont se dire... et puis finalement non, ça va très vite » [AUX-14]. D'ailleurs, les deux auxiliaires de vie non utilisatrices d'ONIA interrogées dans le cadre de cette étude sont les deux seules enquêtées à exprimer une appréhension vis-à-vis d'une charge de travail supplémentaire.

Le groupe des « réfractaires » souligne que l'utilisation d'ONIA peut représenter une « charge mentale » [AUX-20] dans le sens où il faut penser à remplir le questionnaire au cours de l'intervention, cela fait une chose supplémentaire à garder à l'esprit : « ça nous fait une tâche en plus. Donc forcément il faut se dire, bon aujourd'hui il y a ONIA, il faut garder 5 minutes, il faut machin » [AUX-07] et parfois elles peuvent être amenées à oublier de l'utiliser : « il y a juste que je voulais le faire chez une dame hier et puis j'y pense avant et puis une fois sur place, on a l'esprit ailleurs et puis on y repense quand on est rendu à la maison » [AUX-03].

Inversement, le groupe des « convaincues » apprécie l'intégration de ce nouvel outil dans leur organisation quotidienne : « ça me soulage » [AUX-19] « ça me sécurise, je me dis qu'il y a quelqu'un qui est à l'écoute quelque part derrière un écran, du coup je n'ai plus trop la même vision. C'est rassurant » [AUX-17].

La mise en place du dispositif ONIA a impliqué un certain nombre de nouvelles missions pour les auxiliaires de vie. Premièrement, la présentation de l'outil aux personnes âgées fait partie de ces nouvelles missions en lien avec le déploiement de cet outil. Même si une présentation a été réalisée en amont par les « coordinateurs » en même temps que le recueil de consentement, celle-ci s'avère



souvent insuffisante et les auxiliaires de vie doivent le représenter au quotidien et répondre aux questions des personnes âgées : « *c'est à nous de le valoriser* » [AUX-06], « *il faut le vendre* » [AUX-06]. En outre, il est également nécessaire de rassurer les usagers méfiants et réticents qui trouvent les questions intrusives. Ces réticences sont souvent liées à une mécompréhension des objectifs de l'application : les personnes âgées seraient inquiètes que ce soit un outil qui mène à une hospitalisation.

Pour les « sceptiques » et les « réfractaires », ces nouvelles missions ne relèvent pas de leur métier avec l'idée que ce n'est pas leur rôle. « *Ça ne va pas faire monter mon salaire, mais on fait le boulot des autres* » [AUX-04], « *Ben... C'est vrai qu'avec les questions, on est un peu le médecin ! À la fin, on leur demanderait bien 25 euros [rires] pas remboursés par la Sécu, je suis désolée [rires]* » [AUX-08]. Certaines auxiliaires de vie ne se sentent pas légitimes vis-à-vis de ce nouveau rôle : « *moi je ne suis pas médecin ! Je remplis juste ça selon mon ressenti* » [AUX-02]. De plus, pour les « réfractaires » cette application, qui vient s'ajouter à leurs missions habituelles, n'est pas une priorité comparativement à toutes les autres tâches qu'elles sont tenues d'accomplir et qui représentent le réel cœur de leur métier. En effet, ONIA n'est pas une « *application métier* » développée pour optimiser leurs tâches quotidiennes. Celle-ci est conçue dans un objectif déconnecté de leurs pratiques habituelles. « *C'est quoi l'essentiel ? L'essentiel ce n'est pas de remplir ça pour notre travail à nous. Pour la structure peut-être, mais pour nous, pour notre travail, l'essentiel c'est de faire au mieux ce qu'on a à faire en pratique avec la personne sur le terrain au temps T. Limite, même si je n'ai pas rempli ONIA aujourd'hui, j'ai fait au mieux pour que ma personne soit au mieux avant que je parte, c'est ça l'essentiel du travail. C'est ça notre tâche, je veux dire. Si on me dit un jour : 'vous n'avez pas rempli ONIA ?' 'Non, j'ai fait au mieux parce que Madame était un petit peu moins bien donc en effet je n'ai pas pris le temps parce que j'ai pris un peu plus de temps pour m'assurer que ça allait être ok avant que je parte'. Moi je préfère faire comme ça et rater un jour de remplir ONIA plutôt... 'attendez, je n'ai pas le temps parce que là il faut que je remplisse ONIA' et puis après on repart et puis on n'est pas bien parce qu'éventuellement on se dit qu'on n'a pas fait au mieux notre travail.* » [AUX-15].

Par ailleurs, dans les entretiens des auxiliaires de vie « réfractaires », la crainte qu'un outil numérique tel qu'ONIA vienne asphyxier leur métier est revenue très régulièrement. En effet, le numérique serait associé à une logique de rentabilité et de productivité : « *Personnellement, je peux faire ce métier si je ne suis pas dans le stress. Si je suis en stress, si c'est pour faire comme dans certains EHPAD ou en fait c'est à la chaîne, ça je ne ferai pas. Personnellement, je ne veux pas que ce métier devienne ça parce que justement si on a mis ça [ONIA] en place, ce n'est pas dans ça qu'on doit tomber. Il ne faut pas tomber dans ça, sinon ce métier n'aura plus de valeur. Ça n'aura plus le même sens ni la même valeur que c'est supposé être, autant pour nous que pour les personnes chez qui on va.* » [AUX-15].

Enfin, lorsque l'on compare la mission de repérage d'une dégradation d'un état de santé des auxiliaires de vie détaillée dans la Partie 1 (cf. Partie 1 -I- Les missions de l'auxiliaire de vie, p.19) à l'interprétation des indicateurs ou à la prise de décision en cas d'alerte sur le tableau de bord d'ONIA effectuée par les « *coordinateurs* » (cf. Partie 2 -VI- Utilisation du tableau de bord, p.36), on observe beaucoup de similitudes : prise en compte de la connaissance des personnes âgées, de leur environnement et de leur entourage pour juger de la gravité d'une situation, sollicitation des proches aidants pour prendre une décision, etc. Dans les deux cas, il n'existe pas de procédure à suivre concernant le repérage d'une détérioration d'un état de santé ou de l'alerte à opérer en cas de dégradation. La réaction des auxiliaires de vie ou des « *coordinateurs* » n'est pas structurée ni harmonisée. Ce constat montre qu'ONIA a contribué à déplacer d'un cran la mission de repérage d'une dégradation d'un état de santé qui incombait auparavant exclusivement aux auxiliaires de vie. Ce rôle se retrouve depuis l'implémentation de l'outil également au niveau des « *coordinateurs* ». Cela relève-t-il de la croyance



sous-jacente que les auxiliaires de vie ne seraient pas suffisamment qualifiées pour exercer cette mission ? Ou cela illustre-t-il un certain besoin de contrôle des employeurs sur l'activité professionnelle des employées ? Certaines enquêtées le confirment bien en exprimant le fait d'être rassurées que cette tâche ne leur incombe pas à elles seules.

## 2. Impact d'ONIA dans leurs pratiques (prévention, repérage d'une dégradation d'un état de santé, etc.)

Les auxiliaires de vie appartenant aux groupes des « réfractaires » et des « sceptiques » sont d'avis que l'utilisation d'ONIA ne change rien à leurs pratiques professionnelles habituelles. Lorsqu'elles observent une détérioration d'un état de santé d'une personne accompagnée, elles ne se « **reposent pas les yeux fermés sur l'application** » [AUX-13] et, en plus de remplir le questionnaire, elles appellent leur structure référente pour les alerter de la situation. De plus, plusieurs enquêtées de ces deux groupes affirment qu'elles posaient déjà ces questions avant la mise en place du dispositif.

Par ailleurs, l'ensemble des auxiliaires de vie interrogées expliquent ne pas avoir de retours immédiats sur leur alerte et uniquement des retours très succincts (une prise en charge a été initiée sans plus de précision). Une fois le questionnaire saisi, elles ne se sentent pas rassurées car, elles ne savent pas si l'information a bien été transmise de manière immédiate et si elle sera traitée rapidement. Ainsi, plusieurs d'entre elles privilégient encore une fois le contact téléphonique, surtout dans les situations les plus inquiétantes : « **Ben franchement je préfère appeler le médecin parce qu'il me donnerait la réponse tout de suite** » [AUX-10], « **Là au moins, c'est du vrai, du solide !** » [AUX-02]. De surcroît, si le questionnaire ONIA a été saisi durant le week-end, l'alerte ne sera pas prise en compte avant le début de la semaine suivante. D'autres professionnelles préfèrent continuer de compléter le cahier de liaison ou la fiche de suivi pour garder une trace écrite, ce qui permet aussi de consulter les observations antérieures effectuées chez une personne âgée, ce qui n'est pas possible avec ONIA : « **Dans certaines situations, par exemple, dans des cas où l'état est à surveiller, moi je ressens le besoin quand même d'écrire sur papier** » [AUX-19].

Le déploiement du numérique dans le secteur de l'accompagnement à domicile est pensé dans une visée de rendre le secteur plus performant et permettre le maintien à domicile, mais pas dans un objectif de faire évoluer les conditions de travail des professionnelles : « *Les outils numériques et les nouvelles technologies sont introduits, le plus souvent, pour permettre le maintien au domicile des personnes âgées dépendantes du côté des bénéficiaires ou dans une logique de rentabilité et de rationalisation des tâches du côté des structures d'aide à domicile, mais non pour être au service de l'amélioration des conditions de travail* » (Kornig et al., 2021). C'est d'ailleurs le cas d'ONIA qui n'est pas une application métier développée principalement pour répondre aux besoins de l'auxiliaire de vie et optimiser son organisation de travail, mais avant tout, pour prévenir des risques d'hospitalisation des personnes âgées et ce, afin de rendre le secteur plus performant.

En effet, la plupart des auxiliaires de vie interrogées expliquent voir l'intérêt de l'application ONIA pour les personnes âgées, mais que cela ne change rien dans leurs propres pratiques quotidiennes : « **On a fait remonter l'information c'est tout ! Ça ne va pas changer grand-chose pour nous** » [AUX-06]. Ce n'est pas une application métier qui va alléger leur charge de travail comme le logiciel de gestion de planning déjà en place (cf. Partie 3 -II- 1. L'utilisation du numérique avant ONIA, p.55) qui impacte directement leurs pratiques quotidiennes. L'outil ONIA semble déconnecté de leurs pratiques professionnelles, ce sont les auxiliaires de vie qui remplissent le questionnaire, mais ce ne sont pas elles qui vont en tirer un intérêt, d'autant plus qu'elles ne sont pas informées des retombées de leurs



saisies (cf. Partie 2 -VII- 2. Circuit de l'information, informations données à l'auxiliaire de vie sur les décisions prises en cas d'alerte, p.39) : « Non... ONIA c'est pour faire la remontée de données ou de la communication, mais c'est tout. Il ne va rien changer sur le terrain, dans l'acte lui-même, envers la personne puisque c'est de l'humain, c'est du contact humain » [AUX-06], « Si le robot aspirateur, c'est du numérique, c'est bien, mais comme il sera à la charge des gens, ça ne changera rien. Le numérique, c'est un outil de communication dans ce genre de métier mais, entre les professionnels, avec le bénéficiaire ça ne changera rien. Entre nous et le bénéficiaire, j'entends » [AUX-08].

Néanmoins, le groupe des « convaincues » mentionne une évolution de leurs pratiques dans le sens où depuis la mise en place du dispositif ONIA, elles se sentent plus attentives à des points de vigilance plus détaillés sur l'état de santé des personnes accompagnées. Un des aidants participant à l'étude explique que depuis l'utilisation d'ONIA, l'auxiliaire de vie s'enquiert davantage de l'état de santé de la personne âgée. Ce point de vue est partagé par l'ensemble des « coordinateurs » interrogés qui expliquent que cela leur apporte un vocabulaire plus expert : « Ça ne va pas, oui mais c'est quoi qui ne va pas ? Ça leur donne le vocabulaire pour échanger avec nous » [COO-02]. De plus, ces derniers soulignent que, grâce à ONIA, les informations transmises par l'auxiliaire de vie ne se limitent plus aux situations urgentes. Auparavant, les auxiliaires de vie ne communiquaient sur un état de santé dégradant qu'en cas d'urgence ou de dégradation avérée, car leurs liens avec les médecins sont assez éloignés : « Je ne suis pas sûre qu'elles soient très à l'aise à l'idée d'appeler [structure médicale] pour dire ce qu'elles ont repéré chez telle personne » [COO-05].

Pour les « coordinateurs », l'outil ONIA permet une formalisation du repérage d'une détérioration d'un état de santé. Comme nous l'avons vu dans la partie 1 (cf. Partie 1 -I- Les missions de l'auxiliaire de vie, p.19), il n'existe pas réellement de protocole concernant ce repérage et le dispositif ONIA vient en apporter une uniformisation.

### 3. Impact dans les relations entre auxiliaires de vie

Tandis que pour les groupes des « réfractaires » et des « sceptiques », aucune évolution dans les relations entre auxiliaires de vie n'a été évoquée pendant les entretiens, l'utilisation d'ONIA a pu générer des tensions entre collègues pour le groupe des « convaincues ». En effet, ces dernières peuvent se sentir découragées quand le suivi d'ONIA n'est pas pris au sérieux par leurs collègues avec l'idée que les trous dans le suivi viennent rompre les semaines de suivi précédentes : « On redémarre à zéro » [AUX-11], « J'ai fait tout ça pour rien » [AUX-14], « Ouais, j'ai des collègues qui sont à l'aise avec l'informatique et d'autres non. D'ailleurs, c'est pour ça qu'elles oublient de faire ONIA, je ne leur en veux pas mais... » [AUX-16]. Lors de la journée d'observation des « coordinateurs » d'ONIA à Paris (cf. IV- Suivi du projet et calendrier, p.16), une auxiliaire de vie présente explique que, pendant ses congés, le suivi ONIA a été rompu car la collègue qui la remplaçait n'a pas complété le questionnaire alors que celle-ci était formée à l'outil, ce qui a été très mal vécu par l'auxiliaire de vie en question : « tout mon travail a été gâché ! ». Certaines « convaincues » ont même évoqué l'idée d'instaurer une régularité dans le suivi en le rendant obligatoire.

Selon un « coordinateur », la mise en place de l'outil ONIA a permis d'apaiser l'ambiance des réunions de service hebdomadaires dans lesquelles il pouvait y avoir des tensions quand des situations particulières étaient évoquées, les auxiliaires de vie avaient souvent tendance à se faire des reproches entre elles. ONIA permet au « coordinateur » de ne plus faire de tour de table sur l'ensemble des situations mais de sélectionner celles à aborder. Cette phase ne prend plus que 10 à 15 minutes sur une réunion d'une heure, ce qui permet de consacrer plus de temps à d'autres sujets (*team building* et travail sur l'analyse des pratiques en particulier).



#### 4. Impact d'ONIA dans les relations professionnelles des auxiliaires de vie (coordinateurs, médecins, etc.)

L'ensemble des auxiliaires de vie interrogées déclarent que l'utilisation d'ONIA n'a pas occasionné de changements dans leurs relations professionnelles avec les « coordinateurs », médecins, infirmiers, aides-soignants etc. Les autres professionnels intervenant au domicile des personnes âgées ne connaissent pas l'outil ONIA donc ils n'échangent pas sur le sujet.

Selon plusieurs auxiliaires de vie, l'outil numérique ne remplacera pas le contact humain et les échanges de vive voix : « Oui c'est un outil mais après... Enfin je reste peut-être encore vieux jeu, mais rien n'empêche le contact humain : on s'appelle, on se voit, on échange sur la situation... » [AUX-02].

Pour les auxiliaires de vie « réfractaires », la consigne de remplir ONIA par les « coordinateurs » peut être mal perçue : « [les coordinateurs] nous le disent 'il faudrait bien penser à faire ONIA'. Ben oui, mais si la personne ne veut pas, on ne va pas la forcer ! [Les coordinateurs] ne sont pas là-bas à faire le truc. [Les coordinateurs] sont mignons de nous dire. Bon je veux bien, mais si elle ne veut pas, elle ne veut pas ! Parce qu'ils doivent avoir des alertes de l'hôpital, de je ne sais pas qui. Et puis [les coordinateurs] nous disent, pour Untel il faudrait faire ONIA... Oui, mais bon, on ne va pas les forcer ! » [AUX-07].

Du point de vue des « coordinateurs », le déploiement du dispositif ONIA a permis de créer un lien entre l'auxiliaire de vie et les acteurs en charge du suivi médical : « Il n'y avait jamais de liens entre les postes médicaux et les intervenants du domicile. Là, c'est une première ! » [COO-05].

#### 5. Impact dans les relations avec les personnes âgées et proches aidants

Concernant les relations avec les personnes accompagnées, deux points de vue se distinguent parmi les enquêtées. D'une part, les auxiliaires de vie « convaincues » affirment que l'utilisation d'ONIA représente un réel « moment de partage » [AUX-14] avec la personne âgée, que cela leur donne un sujet de discussion et que certaines personnes accompagnées sont même demandeuses avec l'idée que cela instaure une routine et le sentiment qu'on s'intéresse à elles.

À l'inverse, les auxiliaires de vie « réfractaires » formulent la crainte que l'utilisation d'ONIA vienne altérer la relation de confiance entretenue avec les personnes qu'elles accompagnent : « On est leur confidente donc on n'a pas à aller raconter toute leur vie... » [AUX-04]. Elles trouvent les questions « intrusives » [AUX-12] : « on n'est pas là pour fliquer la personne » [AUX-03], « je trouve qu'on est la police des anciens » [AUX-04]. En effet, certaines personnes âgées peuvent montrer de l'agacement quant au côté répétitif des questions, voire de l'agressivité dans le cas de certains troubles cognitifs. De plus, les auxiliaires de vie expriment une peur vis-à-vis de cette nouvelle responsabilité dans le sens où leur saisie peut potentiellement déboucher sur une éventuelle hospitalisation ou transfert dans un EHPAD : « Un jour tiens ce monsieur-là, on va le mettre en maison de retraite parce qu'il n'est plus capable de rester chez lui. Vous ne croyez pas qu'il va m'en vouloir un petit peu ? » [AUX-04].

Avec l'utilisation d'ONIA, les personnes âgées peuvent être informées par les « coordinateurs » de la saisie réalisée par l'auxiliaire de vie sur l'application et cela peut générer des tensions et rompre la relation de confiance nouée entre l'auxiliaire de vie et la personne accompagnée : « Après, c'est un peu répété à leurs oreilles et ça, elles n'aiment pas trop qu'on répète les choses. » [AUX-07], « Oui,



mais après ils le savent aussi parce que des fois on les appelle et on dit : 'tiens vous êtes agressif' ils ne comprennent pas trop, ça peut être ça aussi. Moi j'ai déjà eu... mais bon après c'est comme ça... » [AUX-14]. De plus, il semblerait que certaines familles soient agacées d'être trop régulièrement appelées par la structure qui gère le tableau de bord ONIA et pour cette raison, refusent que l'auxiliaire de vie continue de saisir le questionnaire ONIA : « Je trouve dommage, c'est que ça part dans un centre d'infirmiers si j'ai bien compris, et que je pense que ces personnes-là doivent appeler les familles pour leur dire : 'attention, on a été alerté sur ça...' et qu'en fait derrière les familles nous disent comme ça : 'Oui ben vous ne le faites plus parce que nous, on en a marre d'être appelé !' » [AUX-05].

Par ailleurs, les auxiliaires de vie et « coordinateurs » ont évoqué la perception négative que les personnes âgées pouvaient avoir vis-à-vis du numérique, celle-ci étant liée à l'aspect générationnel, avec une méfiance de voir l'auxiliaire de vie travailler sur son téléphone : « [coordinateur : ] Ils n'ont pas connu ça donc forcément si une auxiliaire de vie arrive avec un téléphone, ils se disent : 'mais elle fait quoi avec son truc là elle joue ou ... je peux pas voir ce qu'elle fait...' ça leur pose forcément question ». Certaines auxiliaires de vie adaptent en conséquence leur mode d'utilisation de l'application en privilégiant, par exemple, une saisie du questionnaire devant la personne âgée (cf. Partie 2 -V- 3. Moment et contexte d'utilisation, p.35) pour que celle-ci soit mieux reçue par l'usager : « - Enquêteur : Ils ne se demandent pas ce que vous faites sur votre téléphone ? – Auxiliaire de vie : Ah non parce que je leur pose les questions. Ah non autrement ils n'aiment pas ! » [COO-01], « J'essaye un peu de passer par des petits chemins tranquilles pour essayer de le faire faire » [AUX-04].

## 6. Impact d'ONIA sur les perceptions, représentations sociales du métier d'auxiliaire de vie

Selon les « coordinateurs », l'utilisation d'ONIA permet de valoriser le métier de l'auxiliaire de vie qui apporte un réel enrichissement dans leurs missions : « Moi, je pense que ça peut leur permettre de s'investir un peu plus dans cette dynamique-là. Ils sont pas là juste pour faire le ménage. Ils sont identifiés pour une tâche qui est bien précise c'est : l'accompagnement de la personne. C'est pas juste [insistance] du ménage ou juste [insistance] une douche. C'est une veille sur la situation. C'est quelqu'un qui fait partie du processus du maintien à domicile » [COO-03].

Parmi les auxiliaires de vie, les « convaincues » ont tendance à partager cet avis que l'outil ONIA vient valoriser leur métier : « Oui, ça apporte un... Oui, c'est valorisant pour nous en tant qu'aide à domicile ou auxiliaire de vie, ça nous apporte un plus, enfin ça nous apporte un peu plus de... des connaissances, des responsabilités... » [AUX-18]. L'une d'entre elles a été agréablement surprise que les acteurs chargés de traiter les informations du tableau de bord connaissent son nom et qu'on l'identifie quand on l'a sollicitée pour interpréter une alerte générée par l'application. De la même façon, une auxiliaire de vie explique s'être sentie valorisée par cette nouvelle mission devant les proches des personnes âgées : « Parce que l'autre fois, on en a profité chez un Monsieur. On a profité parce qu'il y avait sa fille de Paris qui était là, je dis : 'Tiens on va faire ONIA'. Mais c'est vrai que... À la fin ils ont dit 'Ah ben vous êtes médecin ?' J'ai dit : 'Oui, on a l'impression d'être un peu le médecin' » [AUX-10].

Inversement, les auxiliaires de vie « réfractaires » et « sceptiques » déclarent ne pas se sentir valorisées par la mise en place du dispositif ONIA : « Ils se servent de nous pour éviter d'aller chez chaque personne. Par rapport à ce qu'on coche, on fait ça et ça et ça. » [AUX-05], « C'est envoyé à une sorte de cerveau » [AUX-10], « On n'est pas des robots quand même ! Il faut rester humain. » [AUX-10]. Les « réfractaires » expriment également la crainte de mal répondre et une certaine peur des répercussions liées à leurs réponses au questionnaire ONIA. Cette nouvelle responsabilité n'est pas



perçue comme une valorisation, mais comme un poids : « Rien qu'une réponse de nous peut très bien les envoyer en maison de retraite en sachant qu'ils sont encore capables d'être chez eux. » [AUX-04], « Il suffit qu'on réponde un jour : 'aujourd'hui je l'ai trouvé fatigué, il n'a pas mangé son petit-déjeuner', ça peut arriver comme tout le monde, même à nous. Il suffit que je mette ça dans mes réponses et puis : 'oh là le monsieur il commence à diminuer, on va surveiller', mais oui il peut très bien avoir une journée où il n'a pas envie de manger et il a très mal dormi ! » [AUX-11].

Finalement ONIA est révélateur des représentations sociales préexistantes associées au métier de l'auxiliaire de vie. En effet, les formulations employées par les « coordinateurs » dans les entretiens sont révélatrices de la manière dont on les considère : « La petite réticence qu'on a eu c'est avec naturellement [la structure de service à domicile] sur la faisabilité, sur par exemple... est-ce que... leur niveau de formation, leur niveau de compétences... Est-ce qu'elles allaient être capables de le faire ce truc ? Rien de sorcier, mais bon il y avait quand même des réticences ce niveau-là » [POR-02]. Les « coordinateurs » ont en effet exprimé la crainte que les auxiliaires de vie ne comprennent pas les questions avec l'idée qu'elles vont passer à côté des signaux d'alarme et qu'il était nécessaire de « les éduquer ». Un « coordinateur » interrogé ajoute qu'avant ONIA, les auxiliaires de vie avaient tendance à donner de fausses alertes : « L'auxiliaire de vie n'a pas une vision d'ensemble des intervenants du domicile, donc des choses qui peuvent l'inquiéter sont en fait sous contrôle, il y a un réel besoin de coordination des différents intervenants pour déterminer si la situation est vraiment inquiétante ou pas » [COO-02].

## II- Impacts des autres applications numériques sur le métier de l'auxiliaire de vie

### 1. L'utilisation du numérique avant ONIA

Avant l'implémentation de l'outil ONIA, les auxiliaires de vie étaient déjà amenées à utiliser un smartphone. Au quotidien, elles emploient le GPS pour identifier les itinéraires entre les domiciles des personnes accompagnées. Hormis sur le terrain C-2 où les auxiliaires de vie utilisent leur propre smartphone, les professionnelles interrogées disposent d'un téléphone portable professionnel sur lequel une application métier est installée avec, pour chaque bénéficiaire, les éléments suivants :

- Le plan d'aide ;
- La liste des tâches à effectuer ;
- Informations diverses sur la personne ;
- Coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence ;
- Utilisation d'ONIA ou pas (uniquement pour les terrains A-1, A-2, C-1 et C-2) ;
- Coordonnées du médecin traitant et des autres professionnels de santé ;
- Planning et durées des interventions prévues auprès de cette personne ;
- Coordonnées des auxiliaires de vie intervenant auprès des mêmes usagers avec lesquels il est possible d'échanger des messages.

Cette application permet également de pointer les heures d'arrivée et de départ et de décompter les kilomètres effectués pour les trajets entre les domiciles des personnes accompagnées. Dans certaines structures, l'auxiliaire de vie doit aussi pointer sur un boîtier au domicile de la personne âgée si elle bénéficie de l'APA. L'application déclenche une sonnerie de rappel 5 minutes avant la fin de



l'intervention et au moment de la fin de l'intervention pour prévenir l'auxiliaire de vie du temps restant. Une notification intervient également pour les changements de planning.

La téléassistance fait partie des outils numériques présents au domicile des personnes âgées depuis quelques années. Dans une des structures, les auxiliaires de vie utilisent plus rarement des tablettes numériques pour faire des exercices de type cognitif avec les personnes accompagnées.

## 2. Impacts des autres applications numériques sur le métier de l'auxiliaire de vie

L'ensemble des auxiliaires de vie interrogées dans cette étude affirment que le numérique a permis de grandement faciliter la communication entre professionnels : appels, mails, compte rendu, etc. Les changements dans le planning sont plus immédiats et l'application permet plus de visibilité sur les collègues qui interviennent auprès des personnes âgées, ce qui peut s'avérer utile, par exemple, pour répondre aux personnes âgées quand elles demandent quelle professionnelle va intervenir à leur domicile le lendemain. Certaines auxiliaires de vie souhaiteraient même que l'usage du numérique aille au-delà de l'existant et que les transmissions entre auxiliaires de vie et infirmiers se fassent également *via* le téléphone, car la communication n'est pas fluide avec les infirmiers libéraux notamment et les transmissions ne se font pas systématiquement. Une auxiliaire de vie ayant une certaine ancienneté ajoute que, grâce au smartphone, elles ont moins d'affaires à transporter entre les domiciles des personnes accompagnées : « Ça nous facilite... Par exemple avant, quand je travaillais il y a 7 ans, on avait un dossier avec tant de feuilles et on devait se balader tous les jours avec pour faire signer la feuille, récupérer la feuille... Ça nous a facilité quand même, c'était moins lourd, etc. juste avoir un portable et laisser le cahier, la feuille chez la personne, c'est complètement plus facile avec le portable. On a juste une fois par mois où on doit se balader avec des feuilles pour échanger nos feuilles, etc. Mais avant, il fallait se balader avec un dossier tous les jours avec tant de feuilles parce qu'on devait récupérer la feuille de la personne chaque fois, lui faire signer, tac tac tac... On avait un sac à dos dans le dos [rires] » [AUX-01].

De plus, l'usage du téléphone permet un gain de temps dans la communication puisqu'il permet de limiter certains déplacements qui étaient destinés uniquement à transmettre une information. De la même manière, si la personne âgée n'est pas présente au domicile, la communication permise par le numérique va éviter à l'auxiliaire de vie de se déplacer inutilement : « Dans le temps, si le monsieur était hospitalisé, par exemple, vous arriviez et puis la porte était close. Vous faisiez comment ? On avait quand même le numéro de [la structure], donc il fallait appeler [la structure] pour dire qu'untel n'est pas là ou ses volets sont fermés, tandis que maintenant c'est direct sur le téléphone et ça arrive tout de suite ».

De même, la technologie GPS a considérablement facilité les déplacements professionnels des auxiliaires de vie : « C'était vraiment difficile avant pour les trajets entre les domiciles des personnes ! » [AUX-13]. Néanmoins, certains soulignent que cela a contribué à une certaine perte de salaire : « En fait au départ, on marquait nos... Enfin on mettait nos compteurs à zéro, nous les kilomètres, c'est nous qui les rentrions. Il y en a qui marquait plus que ce qu'il y avait. Donc maintenant c'est un logiciel, donc ce n'est plus nous. Du coup on a une perte de salaire » [AUX-11].

Ces applications métier ont toutefois provoqué une imprévisibilité dans l'emploi du temps des auxiliaires de vie liés aux changements intempestifs dans les plannings. Avant leur planning était plus stable.



Les auxiliaires de vie « réfractaires » ont mentionné être dérangées par les sonneries intempestives de leur application métier : « Quand on reçoit une notification, ding ding, l'engin qui sonne ou des trucs comme ça. Des fois, il y en a qui disent : 'ah qu'est-ce qui se passe ? On vous appelle, on vous appelle', 'Ne vous inquiétez pas, j'ai juste une petite modification de planning, donc ça sonne pour nous indiquer que...' C'est vrai que des fois, certains, ça les stresse un peu. » [AUX-01]. Ces dernières ajoutent que cela peut représenter une charge mentale dans le sens où il ne faut pas oublier son téléphone : « Il faut y penser » à badger et certaines personnes âgées en profitent : « Il y en a qui nous distrait et puis ils nous disent : 'Vous êtes arrivée à telle heure, vous avez commencé à telle heure'. 'Mais oui, mais on discutait ! Il est l'heure que je parte parce que j'ai d'autres personnes derrière vous'. Mais c'est vrai, s'ils peuvent gratter un petit peu, ben ils grattent. Vous avez tous les cas de figure, vous savez ! » [AUX-12].

Enfin, il ressort des entretiens que ces outils ont exigé un certain temps d'appropriation. Au départ, plusieurs auxiliaires de vie étaient réticentes à leur utilisation. De même, les personnes âgées avaient peur que les auxiliaires de vie se décomptent plus d'heures que ce qu'elles avaient réellement fait alors qu'avec la signature papier de leur feuille de pointage, elles avaient plus de contrôle.



# Conclusion

## I- Synthèse

Cette étude a cherché à mesurer l'impact du déploiement de l'outil de télésurveillance ONIA sur les différentes sphères du métier des auxiliaires de vie : organisation quotidienne du travail, missions, pratiques, identité professionnelle. Pour ce faire, elle s'est appuyée sur une méthodologie qualitative proposant la réalisation de 4 observations participantes et 36 entretiens semi-directifs auprès de 4 familles d'acteurs : les auxiliaires de vie, les « coordinateurs », les « porteurs du projet », les proches aidants et personnes âgées.

La première partie de ce rapport illustre bien le niveau de morcellement du secteur de l'accompagnement à domicile. Il existe une multitude de type de structures qui ont chacune des fonctionnements très différents et des organisations propres. C'est ce que l'on a pu retrouver dans les différents territoires de cette étude qui ont une variété importante de fonctionnement en termes de coordination entre professionnels, d'organisation des plannings, de nature des tâches réalisées par l'auxiliaire de vie, de durée des interventions, etc.

Il n'est donc pas étonnant que ces divers fonctionnements entre structures impliquent des modes de déploiement très variés d'un outil de télésurveillance tel qu'ONIA au cœur du métier de l'auxiliaire de vie d'un terrain à un autre. En effet, nous avons pu constater que les temps de présentation de l'application étaient plus ou moins longs selon les terrains. La consigne donnée aux auxiliaires de vie concernant le moment et contexte d'utilisation de l'application diffère selon les structures. De plus, les « coordinateurs » ne s'investissent pas toujours autant pour organiser des temps d'échanges spécifiques à l'outil ONIA pour relancer la dynamique autour de la saisie de ce questionnaire. Parallèlement, les auxiliaires de vie interrogées dans le cadre de cette étude n'ont pas toutes la même aisance avec le numérique ni la même ancienneté d'utilisation. Tout ceci implique des niveaux d'appropriation très différents de la part des auxiliaires de vie qui expriment des points de vue contrastés vis-à-vis de cet outil de télésurveillance. À partir de ce niveau d'appréhension et de leur réception du projet, nous avons construit une typologie bidimensionnelle des auxiliaires de vie les classant en trois groupes : « les convaincues », « les sceptiques » et « les réfractaires ».

Nous avons pu mettre en avant dans la troisième partie de l'étude que ces différents profils d'auxiliaires de vie n'exprimaient pas le même point de vue vis-à-vis des potentiels impacts sur leur métier.

Les « convaincues » ont une perception très positive vis-à-vis des effets de l'outil ONIA sur leur métier. Elles se sentent sécurisées par le fait que le repérage soit repris par une tierce personne et expriment observer une évolution dans leurs pratiques quotidiennes, l'utilisation d'ONIA leur apporte un vocabulaire plus affiné et elles se sentent plus vigilantes vis-à-vis de certains aspects de l'état de santé des personnes qu'elles accompagnent. Ces dernières expliquent également que la saisie du questionnaire constitue un réel « moment de partage » et un sujet de discussion avec les personnes accompagnées qui apprécient le fait que l'on s'intéresse à elles. L'utilisation d'ONIA a pu générer des tensions entre collègues pour le groupe des « convaincues ». En effet, ces dernières peuvent se sentir découragées quand le suivi d'ONIA n'est pas pris au sérieux par leurs collègues avec l'idée que les trous dans le suivi viennent rompre les semaines de suivi précédentes. Enfin, les auxiliaires de vie



« convaincues » interrogées ont exprimé le fait de se sentir valorisées par l'utilisation d'un outil tel qu'ONIA qui apporterait un réel enrichissement dans leurs missions.

Parallèlement, les groupes d'auxiliaires de vie « réfractaires » ou « sceptiques » partagent un point de vue plus négatif sur l'impact d'ONIA sur les différentes sphères de leur métier. Elles expliquent que l'utilisation de l'application peut représenter une « charge mentale » dans le sens où il faut penser à remplir le questionnaire au cours de l'intervention, cela fait une chose supplémentaire à garder à l'esprit et elles peuvent être amenés à oublier de l'utiliser. Selon elles, ce n'est pas leur rôle de remplir cette application qui n'est pas une application métier, avec l'idée que cela n'est pas l'essentiel de leur activité et déconnecté de leurs pratiques habituelles et elles ne se sentent pas légitimes pour le faire. Selon elles, cela ne va rien changer à leurs pratiques habituelles, lorsqu'elles observent une détérioration d'un état de santé d'une personne accompagnée, elles ne se « reposent pas les yeux fermés sur l'application » et, en plus de remplir le questionnaire, elles appellent leur structure référente pour les alerter de la situation. De plus, plusieurs enquêtées de ces deux groupes affirment qu'elles posaient déjà les questions ONIA avant la mise en place du dispositif. Concernant leurs relations avec les personnes âgées, les auxiliaires de vie « réfractaires » et « sceptiques » expriment la crainte que l'utilisation d'ONIA, avec des questions jugées trop intrusives, vienne altérer la relation de confiance nouée avec les personnes qu'elles accompagnent. Enfin, contrairement aux « convaincues », la nouvelle responsabilité octroyée par l'utilisation d'ONIA n'est pas perçue comme une valorisation, mais plutôt comme un poids avec la crainte de mal répondre et des répercussions que pourraient induire leurs réponses.

Par ailleurs, l'ensemble des auxiliaires de vie s'accorde à dire que la saisie du questionnaire ne représente pas une charge de travail supplémentaire mais qu'un temps d'appropriation est nécessaire : au départ, avant l'utilisation effective d'ONIA, les auxiliaires de vie seraient réticentes vis-à-vis du temps supplémentaire à y consacrer mais, une fois utilisé, elles seraient rassurées sur cette inquiétude. L'implémentation d'ONIA a occasionné de nouvelles missions pour les auxiliaires de vie : par exemple, la présentation du projet aux personnes âgées, même si elle a été faite par les « coordinateurs » en amont, doit être renouvelée assez régulièrement afin de rassurer les usagers méfiants. De plus, nous avons vu qu'ONIA a contribué à déplacer d'un cran la mission de repérage d'une dégradation d'un état de santé qui incombait auparavant exclusivement aux auxiliaires de vie, ce rôle se retrouve depuis l'implémentation de l'outil également au niveau des « coordinateurs ». Enfin, l'ensemble des auxiliaires de vie a souligné la difficulté d'utiliser un outil numérique auprès de personnes âgées qui appartiennent à une génération particulièrement réticente à l'introduction de nouvelles technologies.

Au final, cette étude démontre bien que les perceptions des auxiliaires de vie vis-à-vis de potentiels impacts que l'introduction d'un outil numérique tel qu'ONIA peut avoir sur les différentes sphères de leur métier (organisation de travail, missions, relations professionnelles, identité professionnelle) dépendent grandement de la manière dont ce dispositif a été implanté au cœur de leur métier. Les « convaincues », qui ont une bonne appropriation de l'application due à une implémentation de l'outil relativement aboutie, ont une perception très positive concernant l'introduction d'ONIA au cœur de leur métier. À l'inverse, les « réfractaires » et « sceptiques », qui ont une appropriation très mauvaise de l'application due à un déploiement très limité au sein de leur structure, ont quant à elles, une perception très négative vis-à-vis de l'intégration du dispositif ONIA dans leur quotidien. Nous l'avons vu, ces différents modes de déploiement découlent en partie des divers fonctionnements entre structures dans le secteur de l'aide à domicile (inégalités dans le recrutement, coordination entre professionnels, plannings et horaires, etc.). En définitive, l'analyse de l'introduction d'un outil tel qu'ONIA est un « *analyste social* » (Lourau, 1972) d'une réalité sociale préexistante, à savoir



l'hétérogénéité fondamentale du champ de l'aide à domicile. Enfin, on ne peut occulter le facteur individuel, propre à chaque auxiliaire de vie. Sans doute des personnes sont plus ou moins en capacité, disposées à se laisser convaincre de l'utilité d'un outil comme ONIA car elles en auront plus facilement compris le sens ou identifié par elles-mêmes un sens. Toutefois, ce facteur individuel ne peut qu'être supposé dans notre étude en raison d'un effectif trop faible pour le démontrer.

Il est vrai, plus largement dans notre étude, que nous n'avions pas pu mesurer de telles hétérogénéités d'organisations entre les structures et donc, *in fine*, de conditions de déploiement d'ONIA au sein de ces services de l'aide à domicile. Pour déterminer les facteurs qui conduisent à l'adhésion ou non d'ONIA pour mesurer plus précisément les impacts du déploiement de cet outil sur le métier des auxiliaires de vie, un nombre plus important d'entretiens aurait été nécessaire. Pour autant, on peut tout de même conclure que l'introduction d'un outil comme ONIA a un impact perçu comme positif ou négatif sur le métier des auxiliaires de vie, *a minima*, dans la relation avec les tiers (usagers, professionnels référents des structures) et dans la perception de leur métier. Il est donc difficile d'envisager que le déploiement de tels outils peut se penser, se construire ou être développé sans la contribution de ces professionnelles.

## II- Préconisations

Ainsi, le succès de l'introduction d'une technologie numérique de télésurveillance tel qu'ONIA nécessite une bonne appropriation des acteurs de terrains les utilisant. Dans le cas d'ONIA, les auxiliaires de vie et les personnes âgées sont les principaux acteurs concernés et nous pensons qu'elles mériteraient d'être davantage impliquées dans les différentes étapes de mise en place d'un tel projet.

On pourrait imaginer une co-conception de ces outils numériques dès leur élaboration comme le suggère (Kornig *et al.*, 2021) en incluant les auxiliaires de vie dans le processus de conception de l'application numérique et prendre en compte leurs points de vue au plus près de la réalité du terrain. En effet, il existe vraisemblablement « *un décalage important entre la volonté institutionnelle, les projets florissants des startups, les préoccupations du secteur pour les nouvelles technologies et l'absence de prise en considération de l'impact des innovations technologiques sur le travail des aides à domicile.* » (Kornig *et al.*, 2021).

Voici quelques éléments de réflexion qui ressortent de cette étude concernant des perspectives d'évolution de l'implémentation d'un outil numérique au cœur du métier de l'auxiliaire de vie :

### → Systématiser la formation et la présentation du projet et de ses objectifs dans les étapes de déploiement de l'outil numérique

La formation des auxiliaires de vie à l'utilisation de l'outil et la présentation du projet et de ses objectifs sont primordiales pour une bonne appropriation par les acteurs. Encore au stade expérimental, la formation à ONIA n'est pas encore formalisée et prévue dans les étapes de déploiement de l'outil, chaque structure l'organisant à sa façon selon son organisation et le temps disponible. Le secteur de l'accompagnement à domicile étant très tendu, il est difficile, voire impossible, de dégager du temps pour mettre en place cette formation. Cette dernière pourrait être formalisée de manière explicite dans les étapes de mise en œuvre de l'outil au sein de la structure, voire proposée directement par les promoteurs de l'application afin que son coût soit amorti dans le budget global du projet.



### → Organiser des temps d'échange réguliers spécifiquement consacrés à l'utilisation de l'outil numérique pour maintenir une dynamique

Il semble important de garantir des temps d'échanges réguliers autour de l'utilisation de l'outil avec les auxiliaires de vie. Ceux-ci pourraient, par exemple, prendre la forme d'un temps consacré à faire le bilan de l'utilisation de l'outil dans le cadre d'une réunion de service hebdomadaire. En effet, nous avons pu constater que l'investissement des acteurs chargés de la coordination avait un rôle primordial pour garantir la réussite de l'implantation d'une nouvelle technologie. Ils participent avec leurs rappels réguliers ou encouragements à maintenir une dynamique dans le temps.

### → Garantir l'inclusion des auxiliaires de vie dans le circuit de l'information

Un enjeu crucial concerne les informations communiquées aux auxiliaires de vie concernant les retombées de leurs saisies. Le SMS généré automatiquement par l'outil ONIA ne satisfait pas leurs besoins de comprendre le circuit de l'information autour de leurs saisies. Connaître et comprendre les différentes étapes opérées avant et après leurs saisies permettrait de limiter le flou existant autour de l'utilisation de cette application. De même, il semble important que les auxiliaires de vie identifient l'ensemble des acteurs concernés au sein de leur structure et les promoteurs de l'outil ainsi que leurs rôles respectifs.

### → Donner des consignes claires concernant la fréquence, le moment et le contexte d'utilisation, et impliquer les auxiliaires de vie dans la formulation de ces consignes

Il existe une diversité de procédures concernant la fréquence, le moment et le contexte d'utilisation. Certaines structures donnent une consigne claire tandis que d'autres n'ont pas donné de procédure à suivre aux auxiliaires de vie, ce qui crée des conditions de remplissage très variées selon les terrains. Nous avons vu que, même lorsqu'une consigne claire est donnée, celle-ci n'est pas appliquée par les auxiliaires de vie, car, trop éloigné de la réalité sociale du terrain. Par exemple, sur certains terrains, il est préconisé de remplir le questionnaire seul et non devant la personne âgée pour être sûr de recueillir l'impression propre des auxiliaires de vie. Or dans les faits, très peu d'auxiliaires de vie respectent cette consigne, car s'isoler pour répondre nécessite une appropriation progressive du questionnaire ONIA pour obtenir les informations nécessaires au cours de l'intervention et certaines apprécient le fait d'impliquer les personnes âgées dans leur saisie. Il serait ainsi intéressant de solliciter les auxiliaires de vie et éventuellement les personnes accompagnées pour réfléchir collectivement à la formulation de ces consignes.

## III- Perspectives d'ouvertures

Cette étude, que l'on peut qualifier d'exploratoire, s'appuie sur un dispositif récent encore au stade expérimental. De plus, l'application ONIA est un outil numérique très particulier qui n'est pas conçu dans l'objectif d'impacter les conditions de travail de l'auxiliaire de vie, les résultats se seraient révélés sensiblement différents si l'étude s'était appuyée sur une application métier qui a sans doute des impacts plus significatifs sur le métier de l'auxiliaire de vie.

Les observations de cette étude sont à relativiser dans la mesure où elles s'appuient sur un nombre restreint d'enquêtées interrogées au regard de toute la diversité des situations (degré de formation,



période d'implantation, ancienneté, management...). L'étude mériterait d'être approfondie en élargissant son champ et en ciblant un nombre plus important de personnes interrogées pour permettre de prendre en compte la diversité propre au secteur de l'accompagnement à domicile.

Nous nous sommes concentrés sur les effets de l'introduction d'une technologie numérique dans le métier des auxiliaires mais il serait également intéressant de se focaliser sur les impacts de l'implémentation d'un dispositif numérique sur le vécu des personnes âgées.

Par ailleurs, il semblerait que l'outil ONIA peut être utilisé par d'autres types d'acteurs que les auxiliaires de vie. Dans certains terrains, il s'avère qu'il est davantage employé par les aides-soignants mais le questionnaire peut aussi être saisi par les proches aidants. Un projet de recherche pourrait se pencher sur les effets de l'implémentation d'ONIA dans le quotidien de ces acteurs.

Une étude complémentaire dans un secteur différent que celui de l'accompagnement à domicile serait intéressante pour voir si l'on obtient les mêmes observations quand on introduit un outil numérique dans un autre contexte professionnel ou si ces résultats sont spécifiques au secteur de l'accompagnement à domicile.



# Bibliographie

ANAP. (2018). Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social. Premiers enseignements.

André, L. (2012). Évolution des métiers du prendre soin à domicile : Enjeux professionnels ? enjeux de société ? *Gérontologie et société*, 35/142(3), 157-167. <https://doi.org/10.3917/gs.142.0157>

Angier, F., Bodo, F., Descamps, A., Koch, F., & Mallet, M. (2015). Les services d'aide à domicile gérés par les CCAS/CIAS en 2014 : Constats et enjeux d'un secteur en difficulté.

ATIH. (2018). Analyse de l'activité hospitalière 2018, focus sur les patients âgés de 80 ans et plus. <https://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2018-focus-sur-les-patients-ages-de-80-ans-et>

Bellier, S. (1998). Le savoir-être dans l'entreprise, utilité en gestion des ressources humaines (L'Harmattan).

Bricka, B. (2017). Un métier (presque) ordinaire. Paroles d'aides à domicile (Editions de l'Atelier).

Carcaillon-Bentata, L., Ha, C., Delmas, M.-C., Deschamps, V., Fosse-Edorh, S., Olié, V., Verdot, C., & De Maria, F. (2022). Enjeux sanitaires de l'avancée en âge. Épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et surveillance de leurs déterminants à mi-vie (p. 41). *Santé publique France*. [http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf\\_internet\\_recherche/SPF00003828](http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf_internet_recherche/SPF00003828)

CESE. (2020). Travail à domicile auprès des personnes vulnérables : Des métiers du lien. Les avis du CESE. [https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2020/2020\\_28\\_travail\\_domicile.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2020/2020_28_travail_domicile.pdf)

Chevalier, T. (2022). Comment faire des typologies en politique comparée ? *Revue internationale de politique comparée*, 29(4), 105-133. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ripc.294.0105>

Convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 21 mai 2010 : Titre 3, Partie 1, Chapitre 2, Article 4, 5, (2010). [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALISCTA000044232666/?idConteneur=KALICONT000025805800](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALISCTA000044232666/?idConteneur=KALICONT000025805800)

Depeyre, C., & Vergne, J.-P. (2017). L'analyse qualitative comparative. In *Méthodes de recherche qualitatives innovantes en gestion et sciences sociales* (Economica).

Deroyon, T. (2023). L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,6 ans pour les femmes et 11,3 ans pour les hommes, en 2021. *Etudes et résultats*, DREES, 1258.

Devetter, F.-X., Dussuet, A., & Puissant, E. (2021). Aide à domicile : Le développement du travail gratuit pour faire face aux objectifs inconciliables des politiques publiques. *Mouvements*, 106(2), 90-98. <https://doi.org/10.3917/mouv.106.0090>

Durkheim, É. (1894). *Les règles de la méthode sociologique* (Flammarion).

Dussin, P. (2017). Services à la personne : Les conditions de travail sur la sellette. <https://centre-val-de-loire.dreets.gouv.fr/Services-a-la-personne-les-conditions-de-travail-sur-la-sellette>



Ennuyer B. (2014). Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation, Paris, Dunod, 2<sup>ème</sup> édition

Ennuyer, B. (2012). Les services de maintien à domicile et le métier d'aide à domicile. Quel bilan après la loi Borloo de 2005 ? *Gérontologie et société*, 35/142(3), 143-156. <https://doi.org/10.3917/g.s.142.0143>

Gasperini, B., Cherubini, A., Pierri, F., Barbadoro, P., Fedecostante, M., & Prospero, E. (2017). Potentially preventable visits to the emergency department in older adults : Results from a national survey in Italy. *PLoS One*, 12(12), e0189925. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189925>

HCFEA. (2017). La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants.

Helfter, C. (2015). De l'art d'intervenir à domicile. ASH, 2936.

Imbert, G., Ferrandez, A.-M., & Querre, M. (2012). Personnes en limitation d'autonomie à domicile et prévention. Les auxiliaires de vie acteurs de première ligne ? Résultats d'une recherche qualitative. *Gérontologie et société*, 35 / HS 1(5), 163-171. <https://doi.org/10.3917/g.s.hs01.0163>

INRS. (2022). Travail en horaires atypiques. Effets sur la santé et accidents—Risques. <https://www.inrs.fr/risques/travail-horaires-atypiques/effets-sur-la-sante-et-accidents.html>

Kornig, C., Odena, S., Petrella, F., & Isabelle, R. (2021). L'impact des nouvelles technologies sur la qualité de l'emploi et du travail dans l'aide à domicile (p. 80) [Report, Laboratoire d'économie et de sociologie du Travail (LEST); Institut de Recherches économiques et sociales (IRES); CGT-FO]. <https://hal.science/hal-03482493>

Lourau, R. (1972). Les analyseurs de l'Église (Paris, Anthropos). [https://www.persee.fr/doc/homso\\_0018-4306\\_1973\\_num\\_27\\_1\\_1799](https://www.persee.fr/doc/homso_0018-4306_1973_num_27_1_1799)

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, (2009). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, (2015). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031700731/>

Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, (2020). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042219376>

Muller, M. (2017). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. *Études et Résultats*, DREES, 1015.

Petit, A., & Malki, M. (2019). Maintien à domicile : Vers des plateformes numériques de services (N°12 ; p. 71). Caisse des Dépôts et Consignations.

Référentiel d'activités professionnelles, (2004). <https://eduscol.education.fr/referentiels-professionnels/d024/d024a0.pdf>

Référentiel professionnel auxiliaire de vie sociale, (2021). <https://grand-est.dreets.gouv.fr/sites/grand-est.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/annexe1-20118c87.pdf>

Sarazin, B. (2011). De la proximité pour ménager les conditions de travail. *Travail & Changement*, 340, 11.

Simon, P. (2017). Pratiques de télémédecine et politique actuelle. *ADSP*, 101.



Sociovision, & Ifop. (2019). Seniors : « Marché et habitat inclusif, quelle offre de services ? ». <https://www.ifop.com/publication/seniors-marche-et-habitat-inclusif-quelle-offre-de-services/>

Vallery, G., & Leduc, S. (2010). Une analyse des emplois de services à destination des personnes âgées : Compétences sociales et identité professionnelle des aides à domicile. *Gérontologie et société*, 33(135), 213-237.

Veyron, J. H., Friocourt, P., Jeanjean, O., Luquel, L., Bonifas, N., & Denis, F. (2019). Home care aides' observations and machine learning algorithms for the prediction of visits to emergency departments by older community-dwelling individuals receiving home care assistance: A proof of concept study. *PloS One*, 14(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220002>

Weber, M. (1965). *Essai sur la théorie de la science* (Plon).

Yahiaoui, F., & Nicot, A.-M. (2002). Freins à l'embauche et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile, étude ANACT pour la DGAS. 87 p.

Yankan, L. (2020). Le nombre d'étudiants se destinant à l'accompagnement éducatif et social diminue depuis 2010. *Etudes & Résultats*, DREES, 1145.



# Glossaire des sigles

---

AFPS	Attestation de Formation aux Premiers Secours
ANAP	Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AVS	Auxiliaire de Vie Sociale
CAFAD	Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile
CCAS	Centres Communaux d'Action Sociale
CESE	Conseil Économique Social et Environnemental
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CISMeF	Catalogage et l'Indexation des Sites Médicaux de langue Française
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DEAES	Diplôme d'État d'Accompagnement Éducatif et Social
DEAVS	Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale
DMN	Dispositifs Médicaux Numériques
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
EHPA	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESLD	Établissements de Soins de Longue Durée
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé
HCFEA	Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge
Loi HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IDEC	Infirmier Diplômé d'État de Coordination
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
IPEP	Incitation à une Prise En charge Partagée
IREPS	Instance Régionale d'Éducation et de Promotion Santé
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
ONIA	Outil numérique issu de l'intelligence artificielle
ORS	Observatoire Régional de Santé
Pæropa	Parcours santé des aînés
PUV	Petites Unités de Vie



RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SPASAD	Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile
SSIAD	Services de Soins Infirmiers À Domicile
SST	Sauveteur Secouriste du Travail



# Table des figures et tableaux

Tableau 1 - Territoires de l'étude .....	11
Tableau 2 - État des entretiens réalisés .....	15
Tableau 3 - Caractéristiques des auxiliaires de vie interrogés .....	16
Tableau 4 – Composition de l'équipe projet .....	17
Tableau 5 - Calendrier .....	18
Tableau 6 – Montage et déploiement du projet sur les différents terrains .....	31
Tableau 7- La typologie des typologies de Tom Chevalier .....	45
Tableau 8 - Score d'appropriation.....	47
Tableau 9 - Groupe de perception .....	47
Tableau 10 - Typologie bidimensionnelle.....	48
Tableau 11 - Répartition des auxiliaires de vie par groupe.....	48
Figure 1 - Scan du QR code de l'application ONIA.....	34
Figure 2 – Indicateurs de santé sur le tableau de bord ONIA .....	37
Figure 3 - Suivi des bénéficiaires sur le tableau de bord ONIA .....	37



# Annexe 1 - Réunions du projet

L'équipe projet s'est réunie à plusieurs reprises en 2022-2023 :

- 8 février 2022 – Lancement des travaux
- 11 mars 2022 – Temps d'échanges avec le créateur d'ONIA avec pour objectif d'identifier les structures au sein desquelles le dispositif est déployé et qui seront mobilisées pour l'étude
- 16 mars 2022 – Point sur la revue bibliographie et sur les structures pouvant être mobilisées
- 16 mars 2022 – Point entre les documentalistes pour coordonner les recherches bibliographiques
- 25 mars 2022 – Point sur la revue bibliographique, le guide d'observation et la recherche d'experts (rencontre équipes Qualitative et Documentation)
- 31 mars 2022 – Finalisation de la revue de bibliographie, validation du choix des experts extérieurs, validation de la grille pour les premiers contacts avec les interlocuteurs locaux déployant l'outil numérique (uniquement équipes Qualitative et Documentation)
- 14 avril 2022 – Validation de la grille d'observation
- 19 avril 2022 – Séance de travail sur la grille d'observation et les guides d'entretien (uniquement équipe Qualitative)
- 21 avril 2022 – Point sur la grille d'observation (équipe Qualitative et coordinatrice scientifique)
- 12 mai 2022 – Point sur les premiers retours terrains et les guides d'entretien (équipe Qualitative et coordinatrice scientifique)
- 19 mai 2022 - Présentation des travaux en cours lors de la journée de suivi des projets réalisés dans le cadre du programme *Usages des technologies numériques dans les champs de la santé, de l'autonomie et de l'accès aux droits*, à la Drees.
- 31 mai 2022 – Séance de travail sur les guides d'entretien (équipe Qualitative)
- 20 juillet 2022 – Comité de pilotage - Point sur l'avancement des observations et entretiens, discussion/validation de la grille d'entretien pour les auxiliaires de vie
- 27 juillet 2022 – Séance de travail guides d'entretien et thématiques d'analyse (équipe Qualitative)
- 13 septembre 2022 – Séance de travail guides d'entretien et thématiques d'analyse (équipe Qualitative)
- 20 septembre 2022 – Point sur l'avancement des observations et entretiens (Equipe projet)
- 29 septembre 2022 – Préparation du conseil scientifique et de la journée care-manager (équipe Qualitative et coordinatrice scientifique)
- 6 octobre - Céline Leclerc et Sarah Benmarhnia ont participé à la journée des « coordinateurs » d'ONIA, à Paris.
- 17 octobre 2022 – Point d'avancement entretiens (équipe Qualitative et coordinatrice scientifique)
- 21 novembre 2022 – Préparation du copil (équipe Qualitative et coordinatrice scientifique)
- 28 novembre 2022 – Comité de pilotage
- 13 décembre 2022 – Présentation des objectifs de la recherche et de sa méthodologie auprès du Conseil scientifique d'ONIA.
- 20 février 2023 - Point sur l'avancement de l'analyse et présentation des premiers résultats (Equipe projet)



- 22 mars 2023 - Présentation de l'avancement des travaux en cours lors de la journée de suivi des projets réalisés dans le cadre du programme *Usages des technologies numériques dans les champs de la santé, de l'autonomie et de l'accès aux droits*, à la Drees.
- 26 avril 2023 – Préparation du copil (Equipe projet)
- 04 mai 2023 – Comité de pilotage
- 31 mai 2023 – Brainstorming sur le cadrage théorique de l'étude (Équipe projet)



## Annexe 2 - La grille de prise de contact

La grille de première prise de contact a permis de recueillir les informations suivantes :

- ➔ Territoire / Département
- ➔ Niveau de contact :
  - Porteur du projet
  - Collecteur(s)
  - Coordinateur
  - Porteur du projet et coordinateur
- ➔ Type de structure
  - SAAD
  - SPASAD
- ➔ Nom de la structure
- ➔ Adresse postale
- ➔ Coordonnée(s) mail(s) et téléphonique(s) de la structure
- ➔ Interlocuteur
- ➔ Fonction
- ➔ Coordonnée(s) mail(s) et téléphonique(s) de l'interlocuteur
- ➔ Rôle dans la mise en place de l'outil ONIA
- ➔ Utilisation de l'application ONIA
  - Oui
  - Non
- ➔ Date de mise en place de l'outil dans le service
- ➔ Nombre de personnes âgées suivies par la structure
- ➔ Nombre d'auxiliaires de vie intervenant auprès de personnes âgées
- ➔ Taux de postes vacants
- ➔ Nombre de personnes âgées suivies par l'outil ONIA
- ➔ Nombre d'auxiliaires de vie utilisant l'outil ONIA
- ➔ Niveau d'engagement dans l'enquête
  - En attente de contact
  - Attente d'un accord
  - Refus
  - Accord participation
  - Mail envoyé

Territoire (Département)	Niveau de contact	Type de structure	Nom de la structure	Adresse postale	Coordonnée(s) mail(s) et téléphonique(s) de la structure	Interlocuteur	Fonction	Coordonné(e)s mail(s) et téléphonique(s) de	Rôle dans la mise en place de l'outil ONIA	Utilisation de l'application ONIA (Oui/Non)	Date de mise en place de l'outil dans le service	Nombre de personnes âgées suivies par	Nombre d'auxiliaires de vie intervenant auprès de	Taux de postes vacants	Nombre de personnes âgées suivies par l'outil ONIA	Nombre d'auxiliaires de vie utilisant	Niveau d'engagement dans l'enquête	Commentaires
	Porteur du projet	SAAD								Oui							En attente de contact	
	Collecteur(s)	SPASAD								Non							Attente d'un accord	
	Coordinateur																Refus	
	Porteur du projet et coordinateur																Accord participation	
																	mail envoyé	

## Annexe 3 – La grille d’observation

### → Introduction :

- Avant d’observer : Présentation de l’enquête et des enquêteurs
  - Rassurer sur nos intentions et nos objectifs, mise en confiance de l’enquêté(e) :
    - « *En tant qu’observatoire régional de la santé, nous sommes chargés de réaliser une étude sur l’évolution du métier de l’auxiliaire de vie en lien avec l’utilisation de l’outil numérique ONIA. Dans ce cadre, nous nous intéressons particulièrement à votre métier, au cœur de l’accompagnement à domicile et à votre point de vue. Comme nous ne connaissons pas du tout ce domaine, nous souhaitons vous suivre sur une journée pour voir concrètement en quoi votre métier consistait, cela nous paraissait important pour appréhender le sujet de cette étude.*

*Par ailleurs, nous attirons votre attention sur le fait que l’ORS est une association indépendante et nous ne sommes pas en lien avec l’entreprise ONIA. Cette étude est financée par un organisme public et a un objectif de mission publique.*

*De plus, vos propos seront totalement anonymisés. Les données de cette étude seront exploitées par l’ORS et seront conservées jusqu’à la fin de cette étude, pendant une durée de 1 an. Elles ne serviront que dans le cadre de ce travail. Les résultats de cette étude seront communiqués en respectant votre anonymat, il sera impossible pour une personne extérieure de vous identifier. »*
- Avant d’observer si possible, sinon au fil de la journée, entre deux visites : recueil d’informations élémentaires permettant de comprendre la situation observée :
  - Profil de l’auxiliaire de vie : âge, ancienneté dans le métier, date de prise de poste dans cette structure, sa formation, sa patientèle, ses horaires, la durée d’intervention pour chaque patient ;
  - Le programme de la journée, le moyen de transport, la zone de déplacement
  - Le profil des personnes visitées : âge, niveau de dépendance, bénéficiaire de soins ou pas

<b>Modalités d’organisation du travail</b>	
<i>À observer</i>	<i>Observation</i>
Ordre et nature des tâches effectuées (temps par tâche)  + si et comment chaque tâche est comptée/chronométrée, et si oui, ce qui est compté et ce qui ne l’est pas (et qui relève alors du « naturel », de l’à-côté)	
Explications/remarques/ressenti/commentaires sur ses conditions de travail (pénibilité exprimée, empressement, lien social, etc.)	
<b>Degré d’autonomie, de latitude et adaptabilité à l’imprévu</b> (définition du cadre d’intervention et du contenu du travail) - ce qui doit être fait et qui est défini en amont / ce qui est fait sur place face aux situations constatées	



- qui décide du travail à accomplir et comment : planning <i>etc.</i>	
Rapport temps professionnel/temps personnel ? - Être pressé, devoir faire vite, devoir rentrer pour les enfants... pas sûr que ce soit très pertinent	
<b>Pratiques et missions à accomplir</b>	
<i>À observer</i>	<i>Observation</i>
<p><i>Place des aides à domicile/modalités de coordination avec acteurs du soin/médico-social ?</i></p> <p><i>- mais peut-être redondant avec la dernière thématique...</i></p> <p>Autrement dit, leur <b>rôle</b> au regard des autres acteurs, leur <b>place dans le maintien de l'autonomie des personnes</b>, dans les logiques de parcours, <i>etc.</i></p> <p>- Aide informelle apportée (écoute, présence...) ? en plus des tâches + formelles listées dans la thématique précédente.</p>	
<b>Objectif du travail</b> - et si / comment il est exprimé dans le travail : <b>sens donné et verbalisé au travail accompli</b>	

<b>Interactions avec les personnes accompagnées</b>	
<i>À observer</i>	<i>Observation</i>
<b>Présentation de la personne accompagnée : âge, niveau de dépendance, bénéficiaire de soins ou pas ?</b>	
La relation entretenue avec la personne âgée (niveau de proximité : formelle/familière)	
<b>Éléments oraux</b> : conversation, qu'est-ce qui est dit ? Dans quel contexte ? Avant/pendant/après quelle action ? Lexique ?	
<b>Gestes</b> : lesquels ? De quelle nature (technique, émotionnelle...) ? À l'initiative de qui ? Réaction(s) de l'autre (verbale(s) ou autre(s)) ? Réponse ?	
<b>Sollicitation de la personne aidée / reconnaissance/expression de remerciements</b>	

- ⇒ Demander à l'auxiliaire de vie son ressenti : est-ce que notre présence a perturbé les personnes visitées ? Les conditions étaient-elles inhabituelles (comportement de la personne âgée, planning, remplacement, *etc.*) ?



<b>Modalités d'utilisation et de mise en œuvre de l'application ONIA</b>	
<i>À observer</i>	<i>Observation</i>
<b>Depuis quand ? Aisance ressentie par nous</b> <b>Question : formation à l'outil, utilisation d'un téléphone pro/perso, aisance avec le numérique ?</b>	
<b>Caractère systématique ou exceptionnel d'utilisation</b>	
<b>Temps :</b> chiffrer le temps à observer/interagir pour avoir les informations nécessaires pour répondre au questionnaire de l'application ; temps passé à remplir l'application effectif ; empressement	
<b>Quand est utilisé l'outil (pendant accompagnement, après ?)</b> <b>Où, dans quelle pièce ? (L'auxiliaire de vie se met-il/elle à l'écart pour remplir le questionnaire ? )</b>	
<b>Réaction(s) verbale(s) :</b> Commentaire(s) de l'auxiliaire de vie et de la personne aidée ? <b>Remarque(s) ? Aptitude/ressenti</b>	
<b>Réaction(s) non verbale(s) :</b> expression faciale/geste (agacement, neutre...)	

<b>Liens avec les différents acteurs des services d'aides à domicile</b>	
<i>À observer</i>	<i>Observation</i>
<b>Éléments de contexte :</b> Quels acteurs ? Prise de contact : téléphone, rencontre, SMS, appli ? Qui est à l'origine de l'interaction ? Quel contexte ? Quand ? Quelle durée ? Fréquence des appels ?	
<b>Outils de liaison (cahier,), rapport/lien avec appli</b>	
<b>Éléments oraux :</b> qu'est-ce qui est dit (transfert d'information, gestion des imprévus, sollicitation d'une aide, demande de validation auprès d'un supérieur...) ? À qui ? Dans quel contexte ? Avant/pendant/après quelle action ? lexique ?	
Anciennes interactions/interactions à venir ?	



# Annexe 4 – Guide d’entretien auprès des auxiliaires de vie utilisateurs d’ONIA

**Introduction** (présentation, anonymat, enregistrement) :

« En tant qu’observatoire régional de la santé, nous sommes chargés de réaliser une étude sur l’évolution du métier de l’auxiliaire de vie en lien avec l’utilisation de l’outil numérique ONIA. Dans ce cadre, nous nous intéressons particulièrement à votre point de vue, au cœur de l’accompagnement à domicile, qui nous paraît indispensable pour appréhender le sujet de cette étude.

Par ailleurs, nous attirons votre attention sur le fait que l’ORS est une association indépendante et nous ne sommes pas en lien avec l’entreprise ONIA. Cette étude est financée par un organisme public et a un objectif de mission publique.

De plus, vos propos seront totalement anonymisés. Les données de cette étude seront exploitées par l’ORS et seront conservées jusqu’à la fin de cette étude, pendant une durée de 1 an. Elles ne serviront que dans le cadre de ce travail. Les résultats de cette étude seront communiqués en respectant votre anonymat, il sera impossible pour une personne extérieure de vous identifier.

Tout d’abord, je souhaitais obtenir votre accord pour enregistrer cet entretien. L’enregistrement me permettra de compléter mes prises de notes. Une fois que le compte rendu de l’étude sera terminé, l’enregistrement sera supprimé. De plus, l’analyse des réponses sera transversale et préservera l’anonymat. »

L’entretien sera organisé en 5 temps qui permettront d’aborder :

- Les modalités d’organisation du travail au sein de votre structure et l’accompagnement des personnes âgées à domicile,
- Les modalités d’intégration au dispositif ONIA et votre utilisation de l’outil,
- Votre perception du dispositif,
- Les relations que vous entretenez avec les différents acteurs de l’aide à domicile (professionnels et aidants familiaux)
- Votre perception de l’évolution du métier des auxiliaires de vie.

## Présentation de l’enquêté(e)

- Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre poste et quelles sont vos missions ?
- Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?
- Quelle(s) formation(s) avez-vous ? Quels étaient vos postes précédents ?
- Quel type de contrat occupez-vous ? temps complet, temps partiel ? CDI, CDD, autre ?

## Modalités d’organisation du travail

- Quelle est la fréquence de vos interventions ? Quelle est leur durée ? Quelle est la nature de ces interventions ? Quelles sont vos tâches : quel type, temps consacré pour chacune d’entre elles ?



- Qui organise votre planning, et comment ? Quelle est votre marge de manœuvre/vos libertés dans l'organisation du temps et de vos modalités de travail (ex. : trajets, relationnel avec les patients) ?
- Avez-vous le temps d'effectuer les tâches qui sont prévues au cours de vos interventions ?
- Réalisez-vous des tâches plus informelles ? De quelle nature sont-elles ? Combien de temps y accordez-vous ?

### Le numérique

- Vous sentez-vous à l'aise avec le numérique ?
- Avez-vous ou utilisez-vous votre smartphone ou tout autre objet numérique pour votre travail ? (Ex. : une autre application propre à la structure) Si oui, y avez-vous été formé ?

## Accompagnement des personnes âgées à domicile en dehors d'ONIA

- Combien de personnes âgées suivez-vous ?
- À quelle fréquence les voyez-vous ?
- Les personnes âgées que vous accompagnez sont-elles suivies uniquement par vous ou voient-elles plusieurs aides à domicile différentes ? Existe-t-il un roulement du personnel dans la prise en charge des personnes aidées ?
- Quel est le profil de « vos » aidés actuels – notamment en termes de niveaux de dépendance ? Entretenez-vous des relations de longue date avec certaines d'entre elles ? Y a-t-il des modalités de repérages prévues par votre structure ?
- Avez-vous déjà été confronté à une dégradation de l'état de santé de vos aidés ? Si oui, comment avez-vous réagi ? Y a-t-il une procédure à suivre au sein de votre structure après que vous ayez repéré une dégradation de l'état de santé d'une personne suivie ? Si oui, quelles sont-elles ?

## Modalités d'intégration au dispositif ONIA : présentation, formation, adhésion, etc.

- Pourriez-vous me parler d'ONIA ? Qu'en savez-vous ?
- Comment vous a été présenté ONIA ?
- Qu'en avez-vous pensé ?
- Avez-vous eu une formation à son utilisation ?
  - Si oui, la formation a-t-elle eu lieu en amont de votre première utilisation ? Par qui avez-vous été formé ? Combien de temps s'est écoulé entre la formation et votre utilisation de l'outil ? Cette formation vous a-t-elle appris à utiliser ONIA ?



- Si non, pensez-vous qu'une formation vous aurait été utile ?
- Savez-vous s'il y a une formation systématique à l'embauche de nouveaux auxiliaires de vie ?

## Utilisation de l'application : fonctionnement, fréquence et modalités d'utilisation, difficultés rencontrées, circuit de l'information, etc.

### Fonctionnement et organisation autour d'ONIA

- Comment fonctionne ONIA ?
- Comment l'utilisez-vous : quand, où, avec la personne, pendant combien de temps, à quelle fréquence ?
  - *[Si rempli ensemble]* Quelles sont les remarques/retours des bénéficiaires lors du remplissage du questionnaire ? (*Refus, sentiment de répétition...*)
- L'outil est-il facile d'utilisation selon vous ?
- Que se passe-t-il en cas de bugs ou d'éventuels problèmes ? Y a-t-il une personne ressource vers laquelle vous pouvez vous tourner en cas de besoin ?
- Savez-vous ce qui est fait des informations renseignées ? Y a-t-il des retours de l'outil (vers vous), en termes d'information ?
- Avez-vous une visibilité sur son impact ? Avez-vous déjà observé une adaptation de la prise en charge d'une personne âgée suite à l'utilisation d'ONIA ?
- L'utilisation d'ONIA est-elle complémentaire avec les autres outils numériques que vous utilisez ? Y a-t-il des redondances ? Comment les conciliez-vous ?
- Est-ce que pour un même bénéficiaire le questionnaire ONIA est rempli systématiquement, quel que soit l'auxiliaire de vie qui intervient ? Vous coordonnez-vous avec les autres auxiliaires de vie pour utiliser l'application ? Si oui, comment ? (*Planning, communication...*)

### Retour des usagers sur l'utilisation d'ONIA

- Quel a été votre rôle dans la mise en place de l'outil auprès des personnes aidées ?
- De manière générale, quels retours avez-vous de leur part sur ONIA ?

## Perception globale du dispositif : objectifs, intérêt, impact sur les personnes âgées, impact sur les pratiques professionnelles...

- Selon vous, quels sont les objectifs de cette application ? Qu'en pensez-vous ?
- D'après l'équipe ONIA, le but de l'application est de faciliter le repérage de situation de perte d'autonomie/aggravation de l'état de santé, qu'en pensez-vous ?



- Selon vous, quels sont les points positifs et négatifs de l'outil ? (*Du point de vue des auxiliaires de vie et des personnes aidées*)
- L'utilisation d'ONIA a-t-elle impacté votre charge de travail ? Si oui, l'a-t-elle soulagée ou augmentée ?
- Y a-t-il, selon vous, des freins à l'utilisation d'ONIA ? Quels sont les axes d'amélioration ?
- Votre utilisation d'ONIA, a-t-elle modifié vos pratiques professionnelles ? (*Repérage des signes d'aggravation de l'état de santé, tâches à effectuer, charge de travail, planning/organisation*)

## Relations avec les acteurs de l'aide à domicile (professionnels et aidants familiaux)

- Entretenez-vous des relations avec des aidants familiaux ? Si oui, de quelle nature ? Comment communiquez-vous ?
- Votre utilisation d'ONIA, a-t-elle modifié vos relations professionnelles ? (*Coordination, communication*) Si oui comment ?
- Entretenez-vous des relations avec d'autres professionnels ? Ces relations ont-elles changé depuis l'utilisation d'ONIA ? Si oui, comment ?
- Avez-vous des échanges avec les coordinateurs qui gèrent vos remontées de terrain ? Si oui, par quels moyens communiquez-vous et quels types d'échanges avez-vous ?

## Perception de l'évolution de leur métier

- Êtes-vous satisfait de votre travail ?
- Trouvez-vous que votre travail est reconnu ? Par votre entourage ? Des usagers ? Des autres professionnels ? De votre hiérarchie ?
- [*Si beaucoup d'ancienneté*] Trouvez-vous que votre métier a évolué dans le temps ? Si oui, comment ? (*Suppression ou ajout de tâches, codification du métier, réglementation...*)
- [*Idem pour en sortie de formation*] Trouvez-vous que votre métier correspond à ce qui vous a été enseigné en formation ? Vous forme-t-on à l'usage du numérique ?
- Quelle est la place du numérique dans votre activité ? Observez-vous des changements liés au développement du numérique dans votre métier ? Pensez-vous que le numérique a sa place et peut s'intégrer dans des métiers comme le vôtre ?
- Est-ce que l'utilisation d'ONIA a modifié votre perception du métier ?
- Ressentez-vous des besoins en formation ? Estimez-vous être suffisamment formé pour accomplir vos missions ?



*Ouverture : « Et pour terminer sur des aspects plus généraux... »*

- Comment percevez-vous l'évolution du métier dans le futur ?
- D'après vous, comment pourrait-on éviter les hospitalisations ?



# Annexe 5 - Guide d'entretien auprès des auxiliaires de vie non utilisatrices d'ONIA

**Introduction** (présentation, anonymat, enregistrement) :

« En tant qu'observatoire régional de la santé, nous sommes chargés de réaliser une étude sur l'évolution du métier de l'auxiliaire de vie en lien avec l'utilisation de l'outil numérique ONIA. Dans ce cadre, nous nous intéressons particulièrement à votre point de vue, au cœur de l'accompagnement à domicile, qui nous paraît indispensable pour appréhender le sujet de cette étude.

Par ailleurs, nous attirons votre attention sur le fait que l'ORS est une association indépendante et nous ne sommes pas en lien avec l'entreprise ONIA. Cette étude est financée par un organisme public et a un objectif de mission publique.

De plus, vos propos seront totalement anonymisés. Les données de cette étude seront exploitées par l'ORS et seront conservées jusqu'à la fin de cette étude, pendant une durée de 1 an. Elles ne serviront que dans le cadre de ce travail. Les résultats de cette étude seront communiqués en respectant votre anonymat, il sera impossible pour une personne extérieure de vous identifier.

Tout d'abord, je souhaitais obtenir votre accord pour enregistrer cet entretien. L'enregistrement me permettra de compléter mes prises de notes. Une fois que le compte rendu de l'étude sera terminé, l'enregistrement sera supprimé. De plus, l'analyse des réponses sera transversale et préservera l'anonymat. »

L'entretien sera organisé en 5 temps qui permettront d'aborder :

- ➔ Les modalités d'organisation du travail au sein de votre structure et l'accompagnement des personnes âgées à domicile ;
- ➔ Les connaissances que vous avez sur l'outil ONIA
- ➔ Votre perception de l'outil ;
- ➔ Les relations que vous entretenez avec les différents acteurs de l'aide à domicile ;
- ➔ Votre perception de l'évolution du métier des auxiliaires de vie.

## Présentation de l'enquêté(e)

- Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre poste et quelles sont vos missions ?
- Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?
- Quelle(s) formation(s) avez-vous ? Quels étaient vos postes précédents ?
- Quel type de contrat occupez-vous ? Temps complet, temps partiel ? CDI, CDD, autre ?

## Modalités d'organisation du travail

- Quelle est la fréquence de vos interventions ? Quelle est leur durée ? Quelle est la nature de ces interventions ? Quelles sont vos tâches : quel type, temps consacré pour chacune d'entre elles ?



- Qui organise votre planning, et comment ? Disposez-vous de marges de manœuvre dans l'organisation de vos modalités et de votre temps de travail ? (*Trajets, modifications d'interventions, relationnel avec les patients*) ?
- Avez-vous le temps d'effectuer les tâches prévues au cours de vos interventions ?
- Réalisez-vous des tâches plus informelles ? De quelle nature sont-elles ? Combien de temps y accordez-vous par intervention ?

### Le numérique

- Vous sentez-vous à l'aise avec le numérique ?
- Avez-vous ou utilisez-vous votre smartphone ou tout autre objet numérique pour votre travail ? (*Ex. : une autre application propre à la structure*) Si oui, y avez-vous été formé ?

## Accompagnement des personnes âgées à domicile en dehors d'ONIA

- Combien de personnes âgées suivez-vous ?
- Les personnes âgées que vous accompagnez sont-elles suivies uniquement par vous ou voient-elles plusieurs aides à domicile différentes ? Existe-t-il un roulement du personnel dans la prise en charge des personnes aidées ?
- Quel est le profil de « vos » aidés actuels – notamment en termes de niveaux de dépendance ? Entretenez-vous des relations de longue date avec certaines d'entre elles ?
- Avez-vous déjà été confronté à une dégradation de l'état de santé de vos aidés ? Si oui, comment avez-vous réagi ? Y a-t-il une procédure à suivre au sein de votre structure après que vous ayez repéré une dégradation de l'état de santé d'une personne suivie ?

## Connaissances autour du dispositif ONIA et réception du projet : présentation, formation, adhésion...

- Pourriez-vous nous parler d'ONIA ? Qu'en savez-vous ?
- Comment vous a été présenté ONIA ? Qu'en avez-vous pensé ?
- Avez-vous déjà utilisé ONIA ? Qu'en avez-vous pensé ?
- Avez-vous eu une formation à son utilisation ?
- Si oui, la formation a-t-elle eu lieu en amont de votre première utilisation ? Par qui avez-vous été formé ?  
[Si l'auxiliaire a déjà utilisé ONIA] Combien de temps s'est écoulé entre la formation et votre utilisation de l'outil ? Cette formation vous a-t-elle appris à utiliser ONIA ?



- Savez-vous s'il y a une formation systématique à l'embauche de nouveaux auxiliaires de vie ?
- Pour quelles raisons n'utilisez-vous pas ONIA ?

### Fonctionnement d'ONIA

- Savez-vous comment fonctionne ONIA ?
- Savez-vous ce qui est fait des informations renseignées ? Y a-t-il des retours de l'outil (vers les auxiliaires de vie), en termes d'information ?
- Avez-vous une visibilité sur son impact ? Y a-t-il déjà eu une modification dans la prise en charge d'une personne âgée liée à l'utilisation d'ONIA ?

### Retour des usagers sur l'utilisation d'ONIA

- Suivez-vous des personnes âgées qui ont intégré ONIA ?
- Si oui, quels retours avez-vous de ces personnes ?

## Perception globale du dispositif : objectifs, intérêt, impact sur les personnes âgées, impact sur les pratiques professionnelles...

- Selon vous, quels sont les objectifs de cette application ?
- D'après l'équipe ONIA, le but de l'application est de faciliter le repérage de situation de perte d'autonomie/aggravation de l'état de santé, qu'en pensez-vous ?
- Est-ce que l'utilisation d'ONIA au sein de votre structure a modifié vos pratiques professionnelles (*Repérage de signes d'aggravation de l'état de santé, tâches à effectuer, charge de travail planning/organisation*) ? Si oui, comment ?
- Selon vous, quels sont les points positifs et négatifs de l'outil ? (*Du point de vue des auxiliaires de vie et des personnes aidées*)
- Y a-t-il selon vous des axes d'amélioration ?

## Relations avec les acteurs de l'aide à domicile (professionnels et aidants familiaux)

- Entretenez-vous des relations avec des aidants familiaux ? Si oui, de quelle nature ? Comment communiquez-vous ?
- Entretenez-vous des relations avec vos collègues auxiliaires de vie ? Si oui, quels types d'échanges avez-vous ? Comment communiquez-vous ?



- Est-ce que l'utilisation d'ONIA au sein de votre structure a modifié vos relations avec des auxiliaires de vie de votre structure ? (*Coordination, communication*) Si oui, comment ?
- Entretenez-vous des relations avec d'autres professionnels ? Dans quelles circonstances échangez-vous avec elles/eux ? Par quel moyen de communication ?

## Perception de l'évolution du métier d'auxiliaire de vie

- Êtes-vous satisfait de votre travail ?
- Trouvez-vous que votre travail est reconnu ? Par votre entourage ? Des usagers ? Des autres professionnels ? De votre hiérarchie ?
- [*Si beaucoup d'ancienneté*] Trouvez-vous que votre métier a évolué dans le temps ? Si oui, comment ? (*Suppression de tâches, nouvelles, codification du métier, règlementation...*)
- [*Idem pour en sortie de formation*] Trouvez-vous que votre métier correspond à ce qui vous a été enseigné en formation ? Vous forme-t-on à l'usage du numérique ?
- Quelle est la place du numérique dans votre activité ? Observez-vous des changements liés au développement du numérique dans votre métier ? Pensez-vous que le numérique a sa place et peut s'intégrer dans des métiers comme le vôtre ?
- La mise en place d'ONIA dans votre structure a-t-elle modifié votre perception du métier ?
- Ressentez-vous des besoins en formation ? Estimez-vous être suffisamment formé pour accomplir vos missions ?

*Ouverture : « Et pour terminer sur des aspects plus généraux... »*

- Comment percevez-vous l'évolution du métier dans le futur ?
- D'après vous, comment pourrait-on éviter les hospitalisations ?



# Annexe 6 – Guide d’entretien auprès des coordinateurs ou porteurs du projet

**Introduction** (présentation, anonymat, enregistrement) :

« En tant qu’observatoire régional de la santé, nous sommes chargés de réaliser une étude sur l’évolution du métier de l’auxiliaire de vie en lien avec l’utilisation de l’outil numérique ONIA. Pour ce faire, nous nous intéressons à votre point de vue qui nous paraît indispensable pour appréhender le sujet de cette étude.

Pour rappel, l’ORS est une association indépendante et nous ne sommes pas en lien avec l’entreprise ONIA. Cette étude est financée par un organisme public et a un objectif de mission publique.

De plus, vos propos seront totalement anonymisés. Les données de cette étude seront exploitées par l’ORS et seront conservées jusqu’à la fin de cette étude, pendant une durée de 1 an. Elles ne serviront que dans le cadre de ce travail. Les résultats de cette étude seront communiqués en respectant votre anonymat, il sera impossible pour une personne extérieure de vous identifier.

Tout d’abord, je souhaitais obtenir votre accord pour enregistrer cet entretien. L’enregistrement me permettra de compléter mes prises de notes. Une fois que le compte rendu de l’étude sera terminé, l’enregistrement sera supprimé. De plus, l’analyse des réponses sera transversale et préservera l’anonymat. »

L’entretien sera organisé en 5 temps qui permettront d’aborder :

- La genèse du projet et votre rôle dans la mise en place d’ONIA dans votre structure,
- Votre utilisation du tableau de bord (ou votre perception du rôle du tableau de bord) et votre retour d’expérience,
- L’utilisation de l’application par les auxiliaires de vie et leur retour d’expérience,
- L’implication et le retour d’expérience des usagers
- Votre perception de l’évolution du métier des auxiliaires de vie.

## Présentation de l’enquête

- Pouvez-vous vous présenter ?
- Quel est votre poste et quelles sont vos missions ?

## Genèse et mise en place de l’outil ONIA

- Quel est votre rôle et quelles sont vos missions vis-à-vis de l’outil ONIA ?
- Pourquoi et comment a été mis en place l’outil ONIA dans votre structure ?
- Depuis quand ? Comment sa mise en place a-t-elle été décidée ? En êtes-vous à l’origine ?
- Comment avez-vous contribué à la mise en place de l’outil ? Quelle a été votre implication ?
- Y a-t-il d’autres acteurs impliqués au sein de la structure ?
- Comment interagissez-vous ensemble ?



- Quels ont été les moyens (matériels, humains) nécessaires pour le déploiement de l'outil ? (*Recrutements, achats de téléphones/ordinateurs, location de bureaux...*)
- Y a-t-il eu des conditions nécessaires à la mise en place de l'outil ?
- Avez-vous rencontré des difficultés lors de la mise en place de l'outil ? Si oui, lesquelles ? (*Coût matériel, humain...*)
- [*Pour les porteurs*] Comment avez-vous intégré les auxiliaires de vie dans le projet ONIA ? (La place qu'elles occupent dans le projet, avec qui cela a été décidé) Leur participation au projet a-t-elle été évoquée avec elles en amont des formations et de l'utilisation de l'application ?
- [*Pour les porteurs*] Avez-vous bénéficié d'une présentation/formation à ONIA avant de porter le projet dans votre structure ?
- [*Pour les porteurs*] Comment l'application ONIA est-elle présentée aux *coordinateurs et aux médecins* ? Comment le projet a-t-il été reçu par ces professionnels ?

## Fonctionnement et utilisation du tableau de bord par les coordinateurs

- D'après l'équipe ONIA, le but de l'application est de faciliter le repérage de situation de perte d'autonomie/aggravation de l'état de santé, qu'en pensez-vous ?
- Avez-vous un accès au tableau de bord ? L'utilisez-vous ?

### [Si, coordinateur/porteur utilise le tableau de bord]

- À quel moment l'utilisez-vous/dans quelles conditions ?
- Comment fonctionne le tableau de bord ?
- L'utilisation du tableau de bord est-elle intuitive, facile ?
- Avez-vous été formé à l'utilisation du tableau de bord ?
- Comment circule l'information ? Une fois collectée, quel est le parcours de l'information : Qui ? Quand ? Quelles sont les informations communiquées aux auxiliaires de vie ?
- Comment déterminez-vous qu'il y a une dégradation de l'état de santé ? Quels critères entrent en compte dans votre appréciation ?
- Si risque d'hospitalisation (ou autre risque/danger), que se passe-t-il ? Cette situation s'est-elle déjà produite ?
- Comment s'effectue le suivi d'une personne aidée après qu'elle ait fait l'objet d'une alerte ? Que fait l'auxiliaire après (en conséquence) dans les soins ?



- La procédure est-elle systématiquement la même après que l’algorithme ait détecté un risque d’hospitalisation ou prenez-vous des dispositions différentes selon les patients ? (*Leur interprétation de l’information transmise par l’application entre-t-elle en jeu ?*)

**[Si, coordinateur/porteur n’utilise pas le tableau de bord]**

- Savez-vous comment fonctionnent le tableau de bord et l’application ?
- Selon vous, quels sont les objectifs de ces outils ? Qu’en pensez-vous ?
- Savez-vous comment circule l’information ? Une fois collectée, quel est le parcours de l’information : Qui ? Quand ? Quelles sont les informations communiquées aux auxiliaires de vie ?
- Avez-vous une visibilité sur son impact ? Y a-t-il déjà eu une modification dans la prise en charge d’une personne âgée liée à l’utilisation d’ONIA ?
- Si risque d’hospitalisation (ou autre risque/danger), que se passe-t-il ? Cette situation s’est-elle déjà produite ?

## Retour d’expérience des coordinateurs et des porteurs

**[Si, coordinateur/porteur utilise le tableau de bord]**

- L’utilisation de l’application a-t-elle modifiée vos pratiques professionnelles et votre relation aux autres professionnels de santé, aux usagers et aux aidants ? (*Augmentation de la charge de travail, meilleure coordination/communication, gain de temps...*)
- Cet outil apporte-t-il une plus-value à votre métier ?
- Avez-vous des échanges avec l’équipe d’ONIA ? Les retours sont-ils réguliers ?
- Que se passe-t-il en cas de bugs ? Y a-t-il une personne ressource vers laquelle vous pouvez vous tourner en cas de besoin ?
- D’autres dispositifs leur ont-ils déjà été proposés ?
- Si oui, pourquoi avoir choisi ONIA plutôt que les autres ?

**[Si, coordinateur/porteur n’utilise pas le tableau de bord]**

- Vos missions ont-elles changées suite à la mise en place de l’outil ? (*Augmentation de la charge de travail, meilleure coordination/communication, gain de temps...*)
- Avez-vous des échanges avec l’équipe d’ONIA ? Les retours sont-ils réguliers ?
- D’autres dispositifs ont-ils déjà été proposés ? Si oui, pourquoi avoir choisi ONIA plutôt que les autres ?



## Implication et intégration des usagers dans le dispositif

- Comment l'application ONIA est-elle présentée aux usagers ?
- Comment le projet a-t-il été reçu par les usagers ?
- Avez-vous été confronté à des refus de participation ou à des réticences ?
- Y a-t-il une sélection des personnes aidées suivies ?
- Si oui, comment les auxiliaires/ou vous choisissez les personnes aidées suivies via l'outil ? (*Choix/proposition aux personnes âgées ?*)
- Comment s'effectue le recueil des consentements ?

## Retour d'expérience des usagers

- Quels sont les principaux retours de la part des usagers à ce jour ?

## Utilisation de l'application par les auxiliaires de vie

- Comment l'application ONIA est-elle présentée aux auxiliaires de vie ?
- Comment le projet a-t-il été reçu par les auxiliaires de vie ?
- Avez-vous été confronté à des refus de participation ou à des réticences ?
- Globalement, les auxiliaires de vie étaient-ils impliqués/coopérants dans le projet ?
- Y a-t-il une formation systématique à l'usage de l'outil ? (*Y compris lorsqu'il y a du turn-over...*)  
Le cas échéant, en quoi consiste la formation des auxiliaires à l'outil ?

## Retour d'expérience des auxiliaires de vie

- Les auxiliaires de vie ont-ils fait part de problématiques liées à l'utilisation de l'outil ? (*Organisation, bug...*)
- Quels sont les principaux retours de leur part à ce jour ? (*L'évaluation qu'ils font de l'outil ONIA*)
- Est-ce que ONIA a résolu des problèmes qu'ils pouvaient rencontrer ? (*Ou au contraire, a amené de nouveaux freins*)

## Perception de l'évolution du métier des auxiliaires de vie

- Selon vous, le numérique est-il compatible avec les missions quotidiennes des auxiliaires de vie ? (*S'intègre-t-il bien ou apporte-t-il des tâches supplémentaires*)
- Observez-vous des changements dans le métier d'auxiliaire de vie, en lien avec l'usage de l'application ?



- De quelle nature sont-ils ? *(Si l'enquêté mentionne la valorisation du métier : dans quel sens ?)*
- Comment percevez-vous l'avenir du métier d'auxiliaire de vie, en lien avec le numérique ?



# Annexe 7 – Guide d’entretien auprès des personnes accompagnées et de leurs proches aidants

**Introduction** (présentation, anonymat, enregistrement) :

« En tant qu’observatoire régional de santé, nous sommes chargés de réaliser une étude sur l’évolution du métier de l’auxiliaire de vie en lien avec l’utilisation de l’outil numérique ONIA. Dans ce cadre, nous nous intéressons à votre point de vue, en tant qu’aidant familial d’une personne âgée suivie à domicile par une auxiliaire de vie.

Par ailleurs, nous attirons votre attention sur le fait que l’ORS est une association indépendante et nous ne sommes pas en lien avec l’entreprise ONIA. Cette étude est financée par un organisme public et a un objectif de mission publique.

De plus, vos propos seront totalement anonymisés. Les données de cette étude seront exploitées par l’ORS et seront conservées jusqu’à la fin de cette étude, pendant une durée de 1 an. Elles ne serviront que dans le cadre de ce travail. Les résultats de cette étude seront communiqués en respectant votre anonymat, il sera impossible pour une personne extérieure de vous identifier.

Tout d’abord, je souhaitais obtenir votre accord pour enregistrer cet entretien. L’enregistrement me permettra de compléter mes prises de notes. Une fois que le compte rendu de l’étude sera terminé, l’enregistrement sera supprimé. De plus, l’analyse des réponses sera transversale et préservera l’anonymat. »

L’entretien sera organisé en 4 temps qui permettront d’aborder :

- ➔ Vos motivations pour l’intégration de votre proche aidé dans le dispositif ONIA,
- ➔ Vos retours sur le dispositif ONIA : apports, modifications de leurs pratiques avec l’aidé, relation avec le proche aidé,
- ➔ Votre perception du dispositif,
- ➔ L’impact du dispositif ONIA sur votre perception du métier d’auxiliaire de vie et votre relation avec ces professionnels

## Présentation de l’enquête/des enquêtés

[Si, aidant]

- Pouvez-vous vous présenter ? (*Lien avec la personne aidée*)
- Quel est le profil de la personne que vous aidez – notamment en termes de niveau de dépendance ?
- De quelle manière accompagnez-vous XX dans sa vie quotidienne ? Depuis combien de temps ? À quelle fréquence ?
- Quel(s) professionnel(s) intervien(nent) au domicile de XX ? (*Infirmiers, auxiliaires de vie, médecins...*)
- Depuis combien de temps XX est-il suivi par une auxiliaire de vie/institution ?



### [Si, aidé]

- Pouvez-vous vous présenter ?
- Pouvez-vous nous parler de votre état de santé ?
- Etes-vous accompagné par un proche ? Pouvez-vous me décrire votre lien avec cette personne ? De quelle manière vous accompagne-t-elle dans votre vie quotidienne ? Depuis combien de temps ? À quelle fréquence ?
- Quel(s) professionnel(s) intervien(nent) à votre domicile ? (*Infirmiers, auxiliaires de vie, médecins...*)
- Depuis combien de temps êtes-vous suivi par une auxiliaire de vie/institution ?

### [Si, aidant/aidé]

- Pouvez-vous vous présenter ?
- [*En s'adressant à l'aidé*] Pouvez-vous nous parler de votre état de santé ?
- Pouvez-vous me décrire votre lien ?
- [*En s'adressant à l'aidant*] De quelle manière accompagnez-vous XX dans sa vie quotidienne ? Depuis combien de temps ? À quelle fréquence ?
- Quel(s) professionnel(s) intervien(nent) au domicile ? (*Infirmiers, auxiliaires de vie, médecins...*)
- [*En s'adressant à l'aidé*] Depuis combien de temps êtes-vous suivi par une auxiliaire de vie/institution ?

## Motivations d'intégration dans le dispositif ONIA : présentation, adhésion...

- Pourriez-vous me parler d'ONIA ? Qu'en savez-vous ?
- Comment vous a-t-on présenté ONIA ?
- Qu'en avez-vous pensé ?
- Comment a été mis en place ONIA pour XX/vous ? (*Signature du consentement, infos médecin traitant... => recueil formalisé ou non ? Formulaire, appel téléphonique...*)

[*Si l'aidant utilise ONIA*]

- Avez-vous eu une formation à son utilisation ? Si oui, par qui avez-vous été formé ? Si non, pensez-vous qu'une formation aurait été utile ?

## Utilisation de l'application : fonctionnement, fréquence et modalités d'utilisation, difficultés rencontrées, circuit de l'information...

### [Pour l'aidant] Modalités d'utilisation d'ONIA par le proche aidant

- Utilisez-vous ONIA ?



- Comment l'utilisez-vous : quand, où, avec la personne, pendant combien de temps, à quelle fréquence ?
- [Si rempli avec l'aidé] Quelles sont les remarques/retours de XX lors du remplissage du questionnaire ? (*Refus, sentiment de répétition...*)
- L'outil est-il facile d'utilisation selon vous ?
- Vous sentez-vous à l'aise avec le numérique ?
- Rencontrez-vous des problèmes éventuels/bugs ? Y a-t-il une personne ressource vers laquelle vous pouvez vous tourner en cas de besoin ?

#### [Pour l'aidant] Circuit de l'information

- Savez-vous ce qui est fait des informations renseignées ? Avez-vous des retours une fois que les informations sont remontées ? Si oui, à quelle fréquence ?
- Êtes-vous informé si l'auxiliaire de vie a utilisé l'application ?
  - [Si l'aidant utilise ONIA] Vous coordonnez-vous sur l'utilisation de l'application ? Si oui, comment ? (*Planning, communication...*)
- Comment êtes-vous informé de l'évolution de l'état de santé de XX ? Par qui ?
- L'utilisation d'ONIA a-t-elle modifié la manière dont vous êtes informé sur l'état de santé de votre proche ?
- Est-ce que vous avez déjà été sollicité suite à une alerte de l'application ONIA ? Si oui, de quelle manière ?

#### [Pour l'aidant et l'aidé]

- Selon vous, quels sont les points positifs et négatifs de l'outil ?

## Impact du dispositif ONIA sur leur perception du métier et leur relation avec l'auxiliaire de vie

#### [Pour l'aidant et l'aidé]

- Selon vous, en quoi consiste le métier d'auxiliaire de vie ?
- Votre proche aidé voit-il / Voyez-vous plusieurs aides à domicile différentes ? Existe-t-il un roulement du personnel dans la prise en charge de la personne aidée ?
- Êtes-vous satisfait du travail des auxiliaires de vie ?



- Quelles sont vos relations avec les auxiliaires de vie ? Avec les coordinateurs ? La/les voyez-vous (*régulièrement*) ? Vos relations ont-elles évolué depuis ONIA ?
- Comment communiquez-vous avec les auxiliaires de vie ?
- Quelle est la fréquence des interventions des auxiliaires de vie ? Quelle est leur durée ?
- Quelle est la nature de ces interventions ? Quelles sont les tâches : quel type, temps consacré pour chacune d'entre elles ?
- Est-ce que vous voyez l'auxiliaire de vie utiliser ONIA ? Si oui, vous sollicite-t-elle pour répondre au questionnaire ?
- A quel moment l'auxiliaire de vie remplit-il le questionnaire ?
- Trouvez-vous que le travail de l'auxiliaire de vie a évolué depuis l'utilisation d'ONIA ? Si oui, comment selon vous ?
- ONIA impacte-t-il la charge de travail des auxiliaires de vie selon vous ? Si oui, est-ce que l'outil les soulage ou augmente la charge de travail ?
- Que pensez-vous de la place du numérique dans l'accompagnement à domicile ?

*Ouverture : « Et pour terminer sur des aspects plus généraux... »*

- D'après vous, comment pourrait-on éviter les hospitalisations ?



✓ 62 Boulevard Garibaldi 75015 Paris  
✓ 01 56 58 52 40 ✓ info@fnors.org  
www.fnors.org ✓ www.scoresante.org

**Juillet 2023**